

Prévention et prise en charge de la dénutrition des personnes âgées résidant en institution en Alsace

Octobre 2012

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction et objectifs de l'enquête | 4 |
| Méthodologie de l'enquête | 5 |
| Population de l'enquête | 5 |
| Recueil des données..... | 5 |
| Élaboration des questionnaires..... | 5 |
| Déroulement de l'enquête | 6 |
| Taux de réponse à l'enquête | 6 |
| Caractéristique des établissements ayant répondu à l'enquête..... | 7 |
| Analyse des données | 7 |
| Limites | 7 |
| Synthèse | 8 |
| Résultats détaillés | 19 |
| Organisation de l'établissement en matière de nutrition..... | 19 |
| Projet d'établissement et nutrition..... | 19 |
| Travail avec un Clan (Comité de liaison alimentation nutrition)..... | 20 |
| Intervention d'un diététicien | 21 |
| Intervention d'un médecin coordonnateur | 22 |
| Utilisation d'un guide alimentaire pour les résidents / patients de plus de 55 ans..... | 22 |
| La restauration | 23 |
| Organisation de la restauration..... | 23 |
| Intervention de bénévoles | 32 |
| Prise en compte des attentes et besoin des résidents | 33 |
| Activité physique adaptée et animation autour de l'alimentation | 34 |
| Activité physique adaptée | 34 |
| Autres activités | 35 |

| | |
|---|----|
| Soins liés à la nutrition | 37 |
| Dépistage de la dénutrition ou de son risque | 37 |
| Bilan initial des patients dénutris ou à risque de dénutrition | 39 |
| Prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition | 42 |
| Prévention de la dénutrition | 44 |
| Besoins et attentes | 46 |
| Avis sur l'alimentation dans l'établissement..... | 46 |
| Avis sur les activités physiques dans l'établissement | 46 |
| Actions à mettre en place pour améliorer l'alimentation dans l'établissement..... | 47 |
| Formation du personnel..... | 49 |
| Besoins de modèles de procédures ou de protocoles | 50 |
| | |
| Annexe – Questionnaires | 52 |
| | |
| Bibliographie | 66 |
| | |
| Liste des sigles | 67 |

Introduction et objectifs de l'enquête

La dénutrition des personnes âgées est un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est importante, que les personnes vivent à domicile, en institution ou à l'hôpital. L'Afssa (janvier 2009) estime que la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées est d'environ 4 % à 10 % à domicile, 15 % à 38 % en institution et 30 % à 70 % à l'hôpital.

En institution, la dénutrition est souvent présente dès l'admission, ce problème s'aggravant alors avec la durée du séjour. Les facteurs qui influent la prévalence de la dénutrition sont les caractéristiques des résidents, en termes de niveau de dépendance et de sévérité des pathologies, mais également la qualité de la prestation alimentaire et le temps dont disposent les soignants pour l'aide à l'alimentation.

Il a été bien mis en évidence chez la personne âgée que la dénutrition est associée à une augmentation de la morbi-mortalité. Ses conséquences sont nombreuses : diminution de l'autonomie, risque accru de développer des escarres - facteur majeur d'immunodépression -, altération du statut nutritionnel prédisposant aux troubles de la marche, aux chutes et aux fractures, dégradation de la qualité de vie, augmentation de la mortalité à domicile et en institution.

La prévention de la dénutrition des personnes âgées est depuis quelques années prise en compte dans les politiques publiques. La problématique de la dénutrition est inscrite dans le premier Programme national nutrition santé (PNNS – 2001) et également dans le second et le troisième PNNS (2011 – 2015) qui a pour objectif de réduire, en population générale, en 5 ans, la proportion de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution :

- de 15 % au moins pour les plus de 60 ans ;
- de 30 % au moins pour les plus de 80 ans.

En Alsace, la problématique de la dénutrition chez les personnes âgées est également inscrite dans le projet régional de santé 2012-2016. La priorité 6 « Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile » inclut comme objectif de développer les actions de prévention de la dénutrition chez la personne âgée en proposant notamment :

- de favoriser le dépistage, en s'appuyant sur les acteurs intervenant à domicile et en informant le grand public sur les causes et risques de la dénutrition ;
- d'adapter les outils d'éducation thérapeutique au public âgé ;
- d'assurer la diffusion des recommandations de bonne pratique auprès des professionnels.

Ainsi, cette enquête menée auprès des Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée) alsaciens a pour principaux objectifs de mieux connaître :

- les actions ou organisations mises en place dans les établissements pour prévenir la dénutrition (formation de personnels, coopérations formalisées ou non avec acteurs externes à l'établissement...),
- les actions ou organisations mises en place dans les établissements pour repérer et prendre en charge la dénutrition.

Cette première étude sera suivie d'un second temps de recueil, permettant de mesurer la prévalence de la dénutrition auprès d'un échantillon de personnes âgées résidant en institution en Alsace.

Ces études ont pour vocation à être reconduites en fin de projet régional de santé (2016), afin d'évaluer les politiques de lutte contre la dénutrition mises en œuvre en Alsace auprès de cette population.

Méthodologie de l'enquête

Population de l'enquête

L'étude a porté sur l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de soins longues durées (USLD) de la région, soit 178 Ehpad et 21 USLD.

Les Ehpad sont des structures médico-sociales qui accueillent et hébergent des personnes ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes ordinaires de la vie ou atteintes d'une affection somatique ou psychique stabilisée, pour leur dispenser des soins paramédicaux, ainsi qu'une surveillance médicale régulière.

Les USLD sont des structures sanitaires qui accueillent et soignent sur une longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Parmi ces 199 établissements, 61 % sont implantés sur le département du Bas-Rhin et 39 % sur le Haut-Rhin.

La capacité globale d'accueil de ces 199 structures en Alsace est estimée à plus de 15 000 lits¹, dont environ 1 000 lits en USLD.

Recueil des données

Élaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été mis en œuvre par l'ORS (Observatoire régional de la santé) d'Alsace, en collaboration avec l'ARS (Agence régionale de santé) d'Alsace à partir de questionnaires existants élaborés par l'ORS des Pays de la Loire dans le cadre de l'étude « Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes » (mars 2010).

Ces questionnaires ont été présentés à quelques directeurs et diététiciens d'Ehpad. Suite à cette réunion, les questionnaires ont été ajustés.

¹ Source : Statiss, données au 01/01/2011.

Deux questionnaires ont été élaborés pour le recueil des données (cf. annexe p. 52) :

- **Un questionnaire, intitulé « Nutrition au sein de l'établissement »**, portant sur l'organisation et la politique alimentaire de la structure : démarche qualité, formations, restauration, activités de loisirs liées à l'alimentation, activité physique.
Ce questionnaire est destiné au directeur de l'établissement, à défaut à un autre membre de la direction ou à la personne en charge de la restauration.
- **Un deuxième questionnaire, intitulé « Soins nutritionnels »**, abordant les pratiques médicales en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge de la dénutrition.
Ce questionnaire est destiné au médecin coordonnateur, à défaut au cadre de santé ou à l'infirmier référent.

Les deux questionnaires comportent une partie commune sur les « attentes et besoins ».

Déroulement de l'enquête

Les deux questionnaires ont été transmis par voie postale aux directeurs d'établissements en octobre 2011, qui étaient en charge de transmettre le questionnaire « Soins nutritionnels » aux personnes concernées. Les questionnaires pouvaient être renseignés soit sous format papier soit par Internet à partir d'un lien propre à chaque questionnaire et d'un identifiant propre à chaque établissement. Ce premier envoi était accompagné d'un courrier d'information présentant les objectifs de l'étude.

Le délai de réponse suite à ce premier envoi était d'environ trois semaines. Au-delà de ce délai, une première relance par courriel a été réalisée par l'ORS puis une seconde par téléphone réalisée par l'ARS.

Taux de réponse à l'enquête

Concernant le questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » destiné aux directeurs, 186 questionnaires ont été réceptionnés, correspondant à 187 établissements, étant donné qu'un questionnaire a été renseigné en cumulant deux structures, soit un taux de réponse de 94 %. Ce questionnaire a été enregistré deux fois dans la base de données dans la mesure où il représente deux établissements, étant donné que la politique en matière de nutrition est la même dans les deux établissements, excepté pour les questions numériques (nombre de résidents par exemple).

Près des deux tiers des questionnaires ont été renseignés par le directeur ou l'adjoint de direction, 21 % par du personnel soignant.

Pour le questionnaire « Soins nutritionnels » destiné au personnel soignant, 182 questionnaires ont été renseignés, correspondant à 183 établissements : un questionnaire a été complété en cumulant deux structures, soit un taux de réponse de 92 %. Comme dans le cas de l'enquête « Nutrition au sein de l'établissement », ce questionnaire a été enregistré deux fois.

La quasi-totalité des questionnaires a été renseignée par un médecin ou un personnel soignant (92 %). Seuls 4 % ont été remplis par un directeur ou directeur adjoint.

Au total, 183 structures, soit 92 % ont répondu aux deux questionnaires.

Caractéristiques des établissements ayant répondu à l'enquête

Parmi les 187 établissements ayant répondu à un ou aux deux questionnaires de l'enquête, la répartition par type d'établissement est la suivante :

- 46 % Ehpad public,
- 44 % Ehpad privé,
- 10 % USLD.

60 % de ces établissements sont implantés sur le département du Bas-Rhin et 40 % sur le Haut-Rhin.

Analyse des données

Pour chaque question une analyse descriptive univariée a été effectuée. Les proportions, sauf mention contraire, ont été calculées parmi les structures ayant répondu à la question traitée.

Des analyses bivariées ont également été réalisées avec des facteurs de contexte, susceptibles d'influencer les pratiques en matière de restauration et de soins nutritionnels.

Les variables retenues sont les suivantes :

- type d'établissement (Ehpad privé, Ehpad public et USLD),
- département,
- taille de l'établissement (deux classes : inférieur à la médiane / supérieur à la médiane),
- intervention ou non d'un diététicien,
- restauration autogérée ou sous-traitée pour la préparation des repas,
- présence d'un axe nutritionnel dans le projet de soin,
- travail avec un Clan (Comité de liaison alimentation nutrition).

Le test du chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher (en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5) ont été utilisés pour ces analyses bivariées, afin de tester la significativité statistique des différences.

Seuls les résultats statistiquement significatifs sont présentés dans ce rapport.

Limites

Une des premières limites réside sur le fait qu'il s'agit d'une enquête déclarative. Ainsi, des biais inhérents à ce type de travail peuvent être soulevés, telle que la qualité des informations recueillies.

En outre, 40 questionnaires « Nutrition au sein de l'établissement » ont été renseignés par le personnel soignant (médecin, cadre de santé ou infirmier) et non comme spécifié sur le questionnaire par le personnel de direction. Sept questionnaires « Soins nutritionnels » ont été renseignés par la direction de l'établissement et non comme souhaité par le personnel soignant.

Ceci peut amener un biais dans les résultats, étant donné que le personnel de direction et le personnel soignant sont susceptibles d'avoir des perceptions et des connaissances différentes sur la nutrition, le dépistage et la prise en charge des personnes âgées dénutries.

Synthèse

L'enquête sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées résidant en institution en Alsace, a été menée auprès des Ehpad et USLD de la région avec pour principaux objectifs de mieux connaître les actions ou organisations mises en place dans ces établissements pour prévenir, repérer et prendre en charge la dénutrition. Elle a vocation à être reconduite en fin de projet régional de santé (2016) afin d'évaluer les politiques de lutte contre la dénutrition mises en œuvre en Alsace auprès de cette population.

Au total, les 199 structures ont été destinataires en octobre 2011 de deux questionnaires, l'un destiné au directeur de l'établissement et l'autre au médecin coordonnateur ou, à défaut, au cadre de santé ou à l'infirmier référent. Ces établissements ont très largement participé à l'enquête, avec un taux de réponse de 94 % pour le premier questionnaire et de 92 % pour le second. Au total, 183 structures, soit 92 %, ont répondu aux deux questionnaires.

Organisation de l'établissement en matière de nutrition

L'enquête montre que la question de la nutrition est très largement prise en compte par les établissements dans leur projet d'établissement. Ainsi la très grande majorité de ces établissements ont un axe nutritionnel (74 %) ou prévoit d'en intégrer un dans le prochain projet d'établissement (22 %).

En revanche, la moitié seulement des établissements disposent d'un comité de liaison alimentation nutrition² (37 %) ou d'une instance du type « commissions des menus » ou « commissions restauration » (15 %) remplissant les mêmes fonctions.

Dans la pratique, la mise en œuvre d'une politique nutritionnelle au sein des établissements passe par la présence de personnels formés et en particulier de diététiciens. Le Conseil national de l'alimentation (CNA) recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées s'attache les services d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine. Si les trois quarts des établissements travaillent avec un diététicien, lorsque ceux-ci sont salariés (40 % des cas), ils travaillent en général moins de 36 heures par mois³. Par ailleurs la quasi-totalité des établissements répondant emploie un médecin coordonnateur (96 %) qui dans près de 90 % des cas fait partie de l'effectif salarié de la structure.

La mise en œuvre d'une politique nutritionnelle passe également par divers outils ou procédures qui sont diversement utilisés par les établissements enquêtés :

- la grande majorité des établissements (87 %) fait valider ses menus (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) par au moins un diététicien ou médecin coordonnateur ;
- 61 % disposent d'un cahier des charges et/ou d'une charte concernant la restauration ;

² Clan: structure consultative qui participe au travers de ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients ou des résidents et de la qualité de la prestation de la restauration.

³ Pour les 60 diététiciens non salariés, le temps de travail ne peut pas être analysé car 38 % des structures n'ont pas renseigné cette question.

- parmi ces établissements, les trois quarts (75 %) disposent d'un cahier des charges de restauration comportant un plan alimentaire⁴, quasi systématiquement validé par un diététicien.

La proportion d'établissements disposant d'un cahier des charges sur la restauration peut être considérée comme insuffisante, dans la mesure où le CNA « estime indispensable qu'un cahier des charges aussi précis et complet que possible soit établi et qu'une personne soit désignée pour vérifier son respect »⁵. Pour autant, un examen plus approfondi des réponses des établissements montre que seuls 16 établissements (8 %) ne font pas valider les menus par un diététicien ou un médecin coordonnateur et ne disposent de plus pas de cahier des charges sur la restauration comprenant un plan alimentaire.

L'utilisation d'un guide alimentaire⁶ est de loin la pratique la moins répandue. Près des trois quarts des établissements n'en utilisent pas. Ce n'est pas par désintérêt, mais plutôt par défaut de connaissance : parmi les non utilisateurs, la moitié des établissements n'en connaissent pas l'existence et neuf sur dix souhaiteraient bénéficier d'une présentation ou d'un exemplaire de ce type d'outil.

Repas et collations

En matière de restauration, la règle reste l'autogestion de l'ensemble des activités (élaboration des menus, achats, préparation et service) qui concerne 6 établissements sur 10. À l'opposé, seules 6 % des structures sous-traitent l'ensemble de ces activités. Le service des repas est la prestation la moins souvent sous-traitée, seulement 7 % des établissements sont concernés. L'achat de denrées alimentaires est sous-traité par 39 % des structures et la préparation des repas par 37 %.

Adaptation des repas aux besoins des résidents

Selon les recommandations du groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN), pour les personnes âgées en institution, la journée doit s'articuler en 4 repas : petit-déjeuner, déjeuner, goûter obligatoire dans l'après-midi et dîner. L'enquête montre que ce rythme de repas est très globalement respecté dans la mesure où, outre les petits-déjeuners, déjeuner et dîner, la quasi-totalité des structures propose, une collation d'après-midi (95 %).

Le petit déjeuner étant toujours un des repas les plus appréciés par cette population, il doit être d'apport énergétique élevé et pour une population hospitalisée ou en maison de retraite les composantes du petit déjeuner peuvent être complétées par un aliment protidique de leur choix et/ou par un fruit ou un jus de fruit. Il apparaît que seul un établissement sur quatre respecte cette

⁴ Un plan alimentaire est un ensemble de structures de menus organisés de façon à respecter variété et équilibre alimentaire au fil des semaines

⁵ Avis n°53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs besoins spécifiques adopté le 15 décembre 2005,

⁶ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a publié deux livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des "Guide nutrition à partir de 55 ans" et "Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées" disponibles en téléchargement et sur demande auprès de (Inpes - www.inpes.sante.fr/).

recommandation en proposant systématiquement ou souvent des compléments protidiques et fruit ou un jus de fruit.

En revanche, les Ehpad et USLD proposent tous des repas à texture modifiée adaptée à la capacité d'alimentation de certains de leurs résidents (textures mixées dans 100 % des établissements, textures hachées 92 %, coupées menu devant le résident 86 % et *finger food* ou « manger main » 16 %). Les personnes âgées ayant une alimentation à texture modifiée doivent bénéficier des mêmes plats que les autres personnes, dans la mesure où les recettes peuvent être proposées mixées ou en purée. C'est systématiquement le cas dans 60 % des établissements et souvent le cas (un repas sur deux ou plus) dans 37 % des établissements. Seuls 3 % des établissements ont répondu « Rarement (moins d'un repas sur deux) ». Enfin, l'alimentation à texture modifiée, telle que viande moulinée ou purée de légumes, doit apporter au convive un apport protéino-énergétique suffisant. Cette alimentation peut être ainsi enrichie par différents produits selon l'objectif attendu : par exemple enrichissement en protéines par du jaune d'œuf, du fromage râpé, de la poudre de lait ou du jambon, enrichissement en énergie par l'ajout de beurre ou de crème fraîche, et enrichissement en calcium par l'ajout de lait. Dans les établissements enquêtés, les repas à texture modifiée comportent fréquemment une préparation enrichie (avec crème fraîche, œufs, lait écrémé...) : « Toujours » dans 14 % des établissements, « Souvent (un repas sur deux ou plus) » dans 61 %.

Toujours selon le GEMRCN, il convient de prévoir une ou plusieurs collations, diurnes et nocturnes, pour les personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés, ou des difficultés à consommer un repas complet. Elles sont nettement moins fréquentes que le goûter et seul un établissement sur cinq (21 %) en proposent en cours de matinée et 63 % en cours de nuit.

Le CNA recommande de veiller à limiter le jeûne nocturne à 12 heures maximum et à défaut, lorsque le service du petit déjeuner ne peut être organisé assez tôt (planning de l'équipe ou habitude de levée de la personne), une collation doit être à disposition de l'équipe de nuit. Dans la grande majorité des établissements (81 %), le jeûne nocturne est supérieur à 12 heures et dépasse même 13 heures pour 39 % d'entre eux. La situation est particulièrement insatisfaisante pour 59 établissements qui ont un jeûne nocturne supérieur à 12 heures et ne proposent pas de collation nocturne à leurs résidents.

En revanche, la durée du service du petit-déjeuner (30 minutes respectée par 100 % des établissements) et du dîner (45 minutes respectée par 93 % des établissements) est généralement conforme aux recommandations du CNA. Ceci n'empêche pas deux établissements sur cinq de considérer insuffisant le nombre d'heures consacrées aux temps des repas par le personnel.

Prise en compte des attentes des résidents et animations

La prise en compte des attentes des résidents est généralisée dans la mesure où :

- la quasi-totalité des établissements (94 %) recueille les goûts et préférences alimentaires à l'admission et actualisent cette information au moins une fois par an (86 %) ;
- les résidents ont la possibilité de choisir les composantes de leur repas dans 81 % des établissements ;
- tous les établissements déclarent pouvoir préparer des « repas invités » à la demande d'un résident qui souhaite inviter ses proches.

Par ailleurs, une instance permettant de discuter des menus est présente dans la majorité des établissements (95 %) où sont essentiellement représentés le chef cuisinier (96 %) et les résidents (76 %) et dans une moindre mesure le directeur (64 %), un diététicien (57 %) ou un infirmier (55 %). La participation du médecin coordonnateur à ce type d'instance est plus rare (28 %).

Le choix du lieu de restauration (salle à manger ou chambre) est moins fréquent, mais reste, selon le repas ou la collation considéré, possible dans 24 % des établissements pour le déjeuner et 45 % pour la collation diurne. Les repas en terrasse les jours de beau temps sont possibles dans 45 % des établissements.

La totalité ou la très grande majorité des établissements a organisé au cours des douze derniers mois des animations (repas, goûters) autour des fêtes et anniversaires, des ateliers cuisine, des repas à thème ou des repas à l'extérieur de la structure. Les repas intergénérationnels, moins fréquents, ont tout de même été assurés par 51 % des établissements dans le cadre d'un partenariat avec une école primaire ou un collège au cours des douze derniers mois. Les séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leurs familles restent en revanche peu fréquentes (20 % des établissements).

La très grande majorité des répondants à l'enquête considère que, dans leur établissement, l'alimentation proposée aux résidents est satisfaisante. Seulement 6 % des personnels de direction et 5 % des personnels soignants la jugent « peu satisfaisante » ou « pas du tout satisfaisante ». Sur ce sujet, les avis du personnel soignant et de direction sont globalement convergents. Cette enquête n'a pas permis de recueillir l'avis des résidents accueillis dans ces établissements.

Activité physique adaptée

Des activités physiques collectives sont proposées aux résidents dans la quasi-totalité des établissements (94 %), mais ne sont pas très fréquentes : deux tiers des établissements (64 %) ne proposent qu'une ou moins d'une activité par semaine. Il s'agit avant tout de gymnastique douce mentionnée par 81 % des structures. Les plans d'activité physique adaptée pour chaque résident sont quant à eux très rares, étant mis en œuvre systématiquement ou souvent par seulement 15 % des établissements.

Les séances d'activités physiques proposées aux résidents sont jugées satisfaisantes par la majorité des établissements. Sur ce sujet, les avis du personnel soignant et de direction sont globalement convergents.

Dénutrition

Dépistage de la dénutrition ou de son risque

La Haute autorité de santé (HAS) recommande de réaliser un dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition à l'admission de la personne âgée puis au minimum une fois par mois.

Les dépistages à l'entrée et lors du suivi d'un résident sans problème nutritionnel sont réalisés par 9 établissements sur 10. Trois limites peuvent cependant être mises en avant. D'une part, si ces établissements recourent systématiquement à la prise de poids, d'autres examens recommandés par

la HAS ne sont pas mis en œuvre aussi fréquemment : pour exemple, dans le cadre du suivi d'un résident sans problème nutritionnel :

- évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur (80 %) ;
- estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires (66 %) ;
- calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) (55 %).

Le dépistage peut également être formalisé par un questionnaire du type Mini Nutritional Assessment (MNA®) qui est encore moins fréquemment utilisé (MNA® simplifié, 23%, MNA® complet utilisé lorsque le MNA® simplifié a un score inférieur à 12, 14 %).

De même, certains examens biologiques recommandés, bien que fréquemment mis en œuvre, ne le sont pas systématiquement, contrairement aux recommandations de la HAS.

La seconde limite tient dans la fréquence du dépistage de contrôle qui devrait être au minimum mensuelle, ce qui n'est pas le cas pour quatre établissements sur dix.

Enfin, la moitié des établissements (49 %) ne dispose pas de procédure écrite concernant ces dépistages.

Somme toute, seuls 5 % des répondants ne réalisent aucun des deux dépistages (à l'admission et lors du suivi), 5 % ne réalisent que le dépistage à l'admission et 7 % ne réalisent que le dépistage de suivi.

Outre ces dépistages, 9 établissements sur 10 réévaluent « toujours » ou « souvent » la nécessité de maintenir un régime alimentaire mis en place antérieurement à l'admission et dans 8 établissements sur 10, les régimes alimentaires font l'objet d'une prescription médicale. Ces régimes sont fréquents dans la mesure où, parmi les répondants :

- 41 % des établissements indiquent que moins d'un quart de leurs résidents est concerné ;
- 38 % entre le quart et la moitié des résidents ;
- 23 % plus de la moitié des résidents.

Prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition

Pour les patients dénutris, en dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie, si possible en collaboration avec un diététicien. Ces conseils ne sont cependant prodigués que par la moitié des établissements.

La complémentation nutritionnelle orale (CNO), qui ne doit être envisagée qu'en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère est utilisée par 93 % des établissements et constitue la première modalité de prise en charge des personnes dénutries (avec l'alimentation enrichie : 91 %). Le questionnaire ne permettait pas de distinguer la mise en œuvre de ces deux modalités de prise en charge entre patients présentant et ne présentant pas de dénutrition sévère. Il n'est donc pas possible de savoir si, chez les patients non sévèrement dénutris, la CNO est précédée de conseils nutritionnels. Soulignons tout de même qu'un médecin intervient la plupart du temps sur la décision d'enrichissement (alimentation enrichie et/ou compléments nutritionnels) et la stratégie d'enrichissement.

D'autres modalités de prise en charge sont également utilisées telles que l'instauration d'une ou plusieurs collations diurnes ou nocturnes, la mise en œuvre de conseils diététiques au personnel de

restauration et d'hôtellerie. Enfin, 76 % des établissements ayant répondu à l'enquête peuvent accueillir des patients sous nutrition entérale qui doit être envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale.

La surveillance des apports alimentaires, élément essentiel du suivi d'un patient dénutri selon la HAS, est réalisée par 9 établissements sur 10, qui plus est durant trois jours consécutifs comme recommandé, et elle aboutit presque toujours à une évaluation nutritionnelle.

Comme pour le dépistage de la dénutrition, on peut tout de même noter qu'une part importante des établissements (six sur dix) ne dispose pas de procédure écrite concernant la prise en charge des personnes dénutries et à risque de dénutrition. Les établissements sont cependant très demandeurs de modèles, de procédures sur ces questions.

L'enquête montre enfin que les échanges d'informations concernant la nutrition des résidents sont formalisés dans 8 établissements sur 10 et que dans 7 établissements sur 10 des consultations bucco-dentaires sont prévues pour les résidents.

Actions à mettre en place pour améliorer l'alimentation dans l'établissement

Lors de l'enquête, les répondants du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » et ceux du questionnaire « Soins nutritionnels » devaient donner leur avis sur l'utilité de mettre en place quatorze actions visant à améliorer l'alimentation dans leur structure.

Pour le personnel de direction, pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire est l'action la plus souvent citée.

Cinq des 14 actions proposées dans le questionnaire correspondent à une augmentation du personnel pour la réalisation de certaines activités (préparation des repas, distribution des repas...). Elles ont été très prioritairement retenues dans la mesure où 4 d'entre elles apparaissent dans le groupe des 5 actions jugées les plus prioritaires, que ce soit pour le personnel de direction ou le personnel soignant :

- Disposer d'un personnel plus nombreux pour l'aide et la stimulation des résidents pour les repas ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour la distribution des repas ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour les déplacements et transferts des résidents pour les repas.

Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des résidents apparaît également être « prioritaire » ou « très prioritaire » aux yeux de 72 % du personnel de direction et 74 % du personnel soignant.

Il apparaît que certaines des actions proposées ont déjà été largement mises en place au sein des établissements :

- Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des résidents plus adapté et/ou en plus grand nombre ;
- Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...) ;
- Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...).

Les besoins de formation ont également été recueillis. Ils concernent prioritairement les aides-soignants et, dans une moindre mesure, le personnel de service et le personnel de cuisine. Ils portent majoritairement sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, sur les troubles de la déglutition et sur les textures modifiées et l'enrichissement alimentaire.

Enfin, la demande de modèles, de procédures et de protocoles est extrêmement fréquente dans les établissements. Comme indiqué précédemment, il existe une forte demande concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition, mais également nombres d'autres sujets dont :

- la prise en charge nutritionnelle des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de démence,
- la prise en charge des troubles de la déglutition,
- la prise en charge des problèmes bucco-dentaires,
- la prise en charge nutritionnelle des résidents souffrant de cancer et autres pathologies chroniques, troubles du transit, escarres, anorexie et dépression,
- la prise en charge nutritionnelle durant les périodes de convalescence (post-chirurgie ou pathologie aiguë).

Tableau de synthèse

Ce tableau de synthèse met en évidence la proportion d'établissements ayant des pratiques favorables en matière de restauration et de soins nutritionnels, au regard notamment des recommandations de la HAS, du CNA ou du GEMRCN, concernant les 5 rubriques suivantes :

- Organisation générale de l'établissement en matière de nutrition ;
- Organisation des repas ;
- Activités physiques ;
- Autres activités en lien avec la nutrition ;
- Dépistage de la dénutrition ;
- Prise en charge et suivi des résidents dénutris.

À titre d'exemple, seuls 19 % des établissements ayant répondu à l'enquête ont un jeûne nocturne inférieur à 12 heures, alors que le CNA recommande de veiller à limiter le jeûne nocturne à 12 heures maximum, et à défaut, lorsque le service du petit déjeuner ne peut être organisé assez tôt, une collation doit être à disposition de l'équipe de nuit.

À l'opposé, tous les établissements ayant répondu à l'enquête proposent un repas à textures modifiées à leurs résidents lorsque c'est nécessaire (notamment pour les personnes âgées ayant des difficultés de mastication, un appétit très modéré).

Sur les 30 indicateurs présentés, 15 sont mis en pratique par plus de 75 % des établissements ayant répondu à l'enquête et seulement 6 par moins de 50 % des structures. Ceci témoigne d'une importante prise en compte de la question de la dénutrition par les établissements de la région. À la lecture de ce tableau, il convient cependant de garder à l'esprit que, dans certains cas, un taux élevé d'établissements ayant de « bonnes pratiques » n'est pas nécessairement synonyme de situation satisfaisante. Ainsi, il est possible de considérer qu'un taux de 88 % d'établissements qui réalisent un dépistage de la dénutrition est insuffisant, tant cette pratique devrait être systématisée.

Le même raisonnement peut être tenu pour d'autres pratiques, telles que l'absence d'axe nutritionnel dans le projet d'établissement, l'existence de jeûnes nocturnes de plus de 12 heures sans collation nocturne ou l'absence d'intervention d'un diététicien dans l'établissement.

Tableau 1 : Proportion d'établissements ayant des pratiques favorables

| | |
|---|------|
| Activité physique : adaptée à chaque résident | 15% |
| Orga. repas : jeûne nocturne inférieur à 12 h | 19% |
| Autres activités : organisation de séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leurs familles | 20% |
| Orga. repas : petit déjeuner avec compléments protidiques et un fruit ou un jus de fruit (100 % pur jus) | 23% |
| Activités physiques : plus d'une fois par semaine | 36% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : dispose d'une procédure écrite concernant la prise en charge de la dénutrition ou du risque de dénutrition | 42% |
| Orga. générale : cahier des charges de restauration comprenant un plan alimentaire | 50% |
| Dépistage de la dénutrition : dispose d'une procédure écrite concernant le dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition | 51% |
| Orga. générale : établissement travaillant avec un Clan ou un équivalent | 52% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : conseils diététiques au résident | 55% |
| Dépistage de la dénutrition : examens recommandés par l'HAS (IMC) | 55% |
| Dépistage de la dénutrition : contrôle mensuel | 58% |
| Orga. repas : jeûne nocturne supérieur à 12 h avec collation nocturne ou jeûne nocturne inférieur à 12 h | 67% |
| Orga. générale : travail avec un diététicien | 72% |
| Orga. générale : axe nutritionnel dans le projet d'établissement | 74% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : albumine | 79% |
| Orga. repas : choix des composants des repas | 81% |
| Orga. générale : validation des menus par un médecin ou diététicien | 87% |
| Dépistage de la dénutrition : à l'admission d'un résident | 88% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : surveillance des apports alimentaires | 89% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : alimentation enrichie | 91% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : CNO | 93% |
| Orga. repas : durée des repas - dîner | 93% |
| Orga. repas : recueil des goûts du résident à l'admission | 94% |
| Orga. repas : collation d'après-midi | 95% |
| Orga. repas : 4 repas par jours | 97% |
| Orga. repas : durée des repas - petit-déjeuner | 100% |
| Orga. repas : repas invités | 100% |
| Orga. repas : repas à texture modifiées | 100% |
| Prise en charge / suivi des patients dénutris : surveillance du poids | 100% |

Note de lecture :

L'échelle de couleur permet de mettre en évidence les recommandations de la HAS, du CNA ou du GEMRCN les moins suivies (en rouge) et les plus suivies par les établissements (en vert).

Premières propositions de recommandations

- Inscrire un axe nutritionnel dans tous les projets d'établissement des Ehpad.
- Inscrire un axe nutritionnel dans tous les CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), qui fixe, pour les établissements de santé et médico-social, les objectifs quantifiés des activités et équipements pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définit les conditions de mise en œuvre.
- Encourager le travail avec un comité de liaison alimentation nutrition (Clan).
- Recommander un temps de diététiciens pour la validation des menus, des cahiers des charges, l'élaboration du plan alimentaire et le suivi des personnes.
- Inviter les établissements à mutualiser la présence de diététiciens de façon à permettre à tous et en particulier aux plus petits d'entre eux de disposer de cette compétence.
- Ne pas dépasser autant que possible un jeûne nocturne de plus de 12 heures, et en cas de dépassement de ce seuil, proposer des collations nocturnes.
- Veiller au respect des temps consacrés aux repas.
- Développer les plans d'activité physique adaptée pour chaque patient en mesure de faire de l'activité physique.
- Former le personnel aux conseils nutritionnels (utilisation des guides Inpes), au dépistage et à la prise en charge des personnes âgées dénutries.
- Développer le conseil nutritionnel en première intention au début d'une prise en charge nutritionnelle.
- Elaborer des procédures pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.
- Améliorer le dépistage de la dénutrition au cours du séjour par (au minimum) l'augmentation de la fréquence de la prise de poids (au moins une fois par mois), l'évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur, l'estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires, le calcul de l'IMC et/ou l'utilisation du MNA®.
- Recourir à la prescription médicale pour la mise en place d'un régime alimentaire.

- Réserver la complémentation nutritionnelle orale (CNO) aux cas d'échecs de la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie des personnes âgées dénutries.

Résultats détaillés

Organisation de l'établissement en matière de nutrition⁷

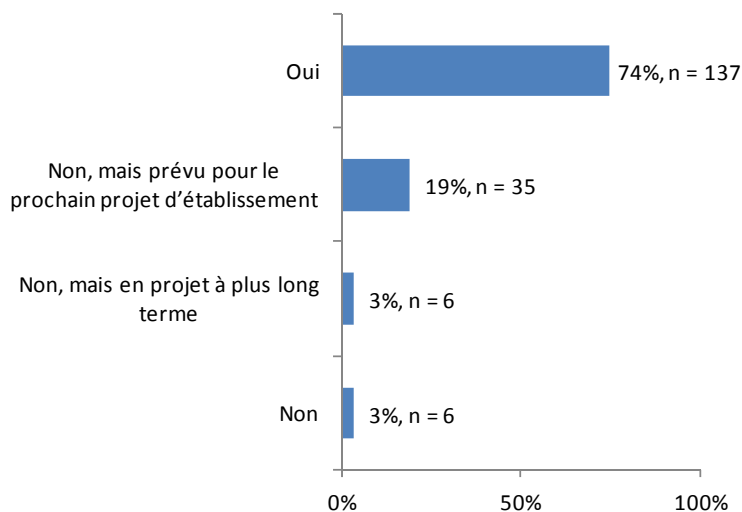
Projet d'établissement et nutrition

L'article L.311-8 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

Un axe nutritionnel est présent dans les trois quarts des projets d'établissement

Excepté un établissement, tous déclarent avoir un projet d'établissement et pour 74 % d'entre eux un axe nutritionnel y est inscrit. En outre, 19 % déclarent qu'un tel axe n'existe pas pour l'instant, mais qu'il est prévu d'en intégrer un dans le prochain projet d'établissement ou à plus long terme. Seuls 3 % des établissements indiquent qu'un tel axe n'existe pas et qu'ils n'ont pas l'intention d'en développer un à moyen ou long terme.

Graphique 1 : Proportion d'établissements disposant d'un axe nutritionnel dans leur projet d'établissement



⁷ Dans cette partie sont traitées les questions 2, 3, 4, 5 et 6 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Près de la moitié des établissements disposant d'un conseil de vie sociale (CVS) déclare que la dénutrition est une thématique dont se préoccupe cette instance (ou son équivalent institutionnel)

Plus de 9 établissements sur 10 (94 %) disposent d'un CVS ou de son équivalent institutionnel. Parmi ces établissements, 45 % déclarent que la dénutrition est une thématique dont se préoccupe le CVS (fait partie de l'ordre du jour de façon régulière). Près de la moitié de ces instances (47 %) émette, en moyenne, moins d'un avis par an concernant la dénutrition, 35 % en émettent 1 à 2 et 18 % plus de 3 avis par an.

Travail avec un Clan (Comité de liaison alimentation nutrition)

Conformément à une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Circulaire DHOS/E1/n°2002/186 du 29 mars 2002), le Clan, Comité de liaison alimentation nutrition, est une structure consultative participant par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients ou des résidents et de la qualité de la prestation de la restauration.

La nutrition est un soin qui doit faire l'objet d'une organisation et de règles spécifiques. Il s'agit d'adapter le soutien au risque nutritionnel en se basant sur des recommandations d'apports nutritionnels et sur une organisation des soins en nutrition.

Un établissement sur deux pour personnes âgées travaille avec un Clan ou une instance équivalente

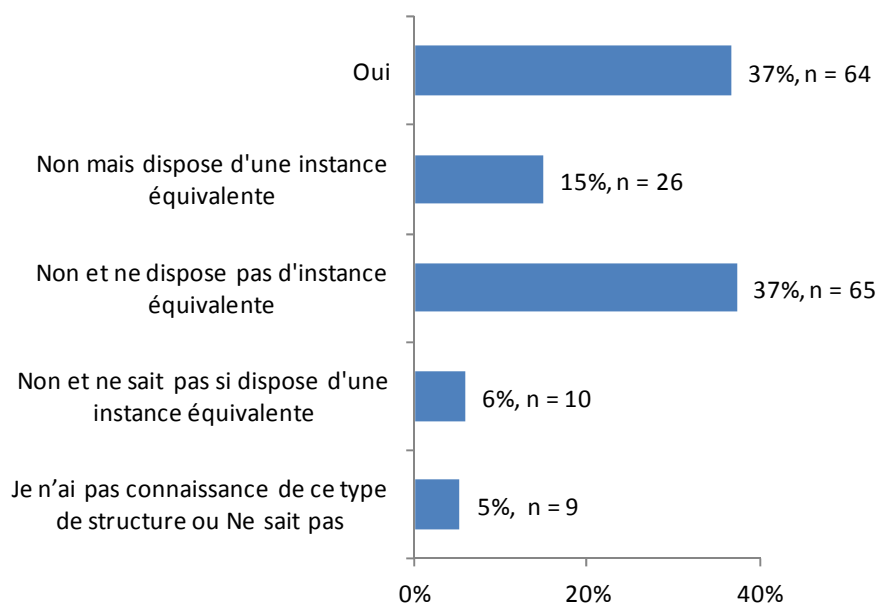
52 % des établissements déclarent disposer soit d'un Clan (37 %), soit d'une instance telles que des « commissions des menus » ou « commissions restauration » (15 %).

A l'opposé, 37 % ne disposent ni de Clan ni d'instance type « commissions des menus » ou « commission restauration » et 6 % n'ont pas de Clan et ne savent pas si une instance équivalente existe.

Parmi les établissements ne disposant pas de Clan, 41 % n'ont pas l'intention de travailler avec un Clan, 38 % ont pour projet de collaborer avec ce type d'instance en 2012 ou à plus long terme et 21 % ne savent pas.

Pour la grande majorité des 64 établissements travaillant avec un Clan, il s'agit d'un comité intra-établissement (dans 90 % des cas) et dans 10 % des cas un comité inter-établissement.

Graphique 2 : Proportion d'établissements travaillant avec un Clan ou une instance équivalente



Intervention d'un diététicien

Le CNA recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées s'attache les services d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine et que cette disposition soit financée non sur le budget hébergement, mais sur le budget soin.

Un diététicien intervient dans près des trois quarts des établissements...

Près des trois quarts des établissements travaillent avec un diététicien, soit en tant que salarié dans 40 % des établissements ayant répondu à la question (75 établissements), soit sous un autre statut dans 32 % des établissements.

... mais pour un temps de travail souvent très limité

Le temps de travail, recueilli pour les diététiciens salariés des établissements, apparaît peu important. En effet, plus de la moitié de ces professionnels travaillent moins de 36 heures par mois dans l'établissement, 18 % entre 35 heures et 70 heures et 24 % plus de 70 heures. À noter que pour 17 % des établissements employant un diététicien, le nombre d'heures n'a pas été renseigné ou il a été indiqué *Ne sait pas*.

Pour les 60 diététiciens non salariés, le temps de travail ne peut pas être analysé car 38 % des structures n'ont pas renseigné cette question.

Un contexte plus favorable dans les structures employant un diététicien

Les établissements travaillant avec un diététicien sont plus enclins à avoir un axe nutritionnel dans leur projet de soins et à travailler avec un Clan. Ainsi parmi ces établissements :

- 79 % possèdent un axe nutritionnel dans leur projet de soins d'établissement vs. 63 % pour ceux qui ne travaillent pas avec un diététicien ($p < 0,05$),
- 43 % travaillent avec un Clan vs. 12 % ($p < 0,001$).

Intervention d'un médecin coordonnateur

Un médecin coordonnateur intervient dans la quasi-totalité des établissements

La grande majorité des établissements répondant emploie un médecin coordonnateur (96 %, soit 179 établissements) qui dans près de 90 % des cas fait partie de l'effectif salarié de la structure.

Dans 3 établissements sur 10, un médecin coordonnateur intervient plus de 70 heures par mois

Un tiers de ces médecins travaille 35 heures ou moins par mois dans l'établissement, plus d'un tiers (37 %) entre 35 heures et 70 heures par mois et 29 % plus de 70 heures par mois.

Seuls trois établissements accueillant entre 40 et 45 personnes âgées déclarent n'employer ni diététicien, ni médecin coordonnateur.

Utilisation d'un guide alimentaire pour les résidents de plus de 55 ans

Dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), un certain nombre de guides nutrition destinés à la population générale ou à des groupes spécifiques ont été publiés. Ainsi, concernant les personnes âgées, des outils ont été publiés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Notamment, le livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé des "Guide nutrition à partir de 55 ans" et "Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées". Ces guides sont disponibles en téléchargement et sur demande auprès de l'Inpes (Inpes - www.inpes.sante.fr/).

Peu d'établissements utilisent un guide alimentaire

Près des trois quarts des établissements déclarent ne pas utiliser de guide alimentaire, et parmi eux plus de la moitié n'en connait pas l'existence.

Seuls 27 % des établissements déclarent utiliser un guide alimentaire pour les patients de plus de 55 ans.

Parmi les établissements n'utilisant pas de guide, 9 sur 10 souhaiteraient avoir une présentation et/ou un exemplaire de ce type d'outil.

La restauration

Organisation de la restauration

Gestion de la restauration

Les établissements pour personnes âgées peuvent assurer eux-mêmes les diverses activités liées à la restauration (restauration dite autogérée), ou les sous-traiter, en totalité ou en partie.

Trois établissements sur cinq assurent l'ensemble des activités liées à la restauration

Dans 59 % des établissements accueillant des personnes âgées, toutes les activités liées à la restauration, c'est-à-dire l'élaboration des menus, l'achat de denrées alimentaires, la préparation des repas et le service des repas sont autogérés. À l'opposé, seules 6 % des structures sous-traitent l'ensemble de ces activités.

Le service des repas est la prestation la moins souvent sous-traitée, seulement 7 % des établissements sont concernés. L'achat de denrées alimentaires est sous-traité par 39 % des structures et la préparation des repas par 37 %.

La moitié environ des établissements dispose de fiches techniques pour les repas servis

Selon le rapport du GERM CN, il est recommandé d'établir des fiches techniques pour les recettes composant les menus, en faisant apparaître notamment les grammages des portions d'aliments sources de matières grasses. De même, les fiches techniques des produits et des plats achetés auprès des industriels constituent un outil indispensable ; toutes les informations sur les compositions doivent y être fournies.

Parmi les établissements sous-traitant la préparation des repas :

- pour la grande majorité (87 %) la préparation se fait au sein de la structure ;
- pour 45 % des fiches techniques des produits et/ou des plats livrés sont fournies par le prestataire (40 % des établissements n'en possèdent pas et 15 % ont répondu *Ne sait pas*).

Parmi les structures où les repas sont préparés en interne :

- 56 % déclarent que des fiches techniques pour les recettes composant les menus ont été établies (37 % ont répondu *Non* et 7 % *Ne sait pas*) ;
- un quart déclare organiser un portage de repas à l'extérieur, le plus souvent auprès d'établissements scolaires (56 %).

En définitive, 52 % des établissements de la région (établissements faisant ou non appel à de la sous-traitance pour la préparation des repas) disposent de fiches techniques pour les repas.

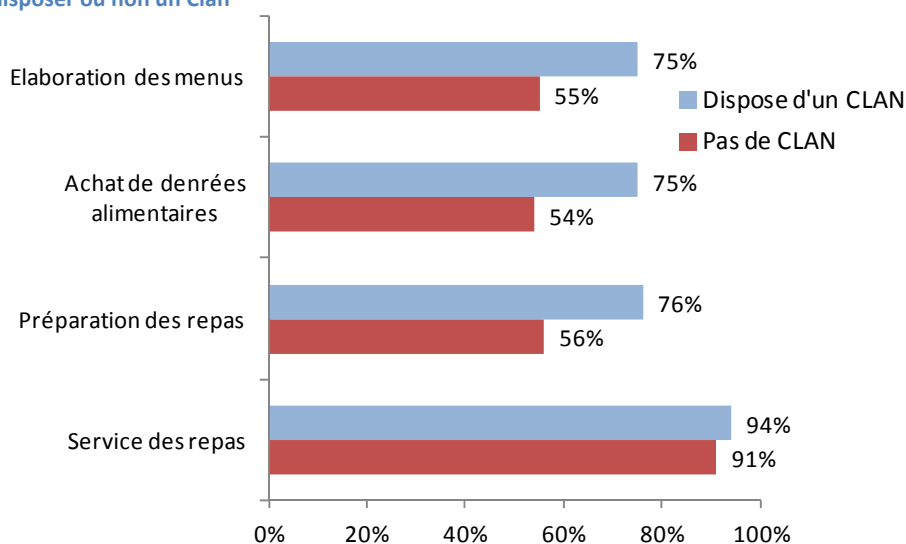
Les établissements de grandes tailles gèrent plus fréquemment en interne les activités liées à la restauration

Les établissements ayant un effectif supérieur à la médiane⁸ sous-traitent moins les activités liées à la restauration que les structures ayant un effectif inférieur à la médiane. Ce constat s'observe pour trois activités sur quatre, à savoir l'élaboration des menus (76 % vs. 50 %), l'achat de denrées alimentaires (77 % vs. 49 %) et la préparation des repas (81 % vs. 48 %).

Les établissements qui disposent d'un Clan sont en proportion plus nombreux que les autres structures à gérer les activités de restauration

En effet, les établissements qui disposent d'un Clan sont également ceux qui gèrent plus fréquemment en interne l'achat de denrées alimentaires, l'élaboration des menus et la préparation des repas.

Graphique 3 : Proportion d'établissements gérant en interne les différentes activités de restauration selon le fait de disposer ou non un Clan



Cahier des charges de restauration

Le Conseil national de l'alimentation (CNA), dans son avis n°53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs besoins spécifiques adopté le 15 décembre 2005, « estime indispensable qu'un cahier des charges aussi précis et complet que possible soit établi et qu'une personne soit désignée pour vérifier son respect », que « la restauration en institution soit en gestion directe ou concédée à un prestataire extérieur ». Afin d'aider les acheteurs publics à élaborer le cahier des charges de leurs contrats de restauration collective, le groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN) a établi une recommandation relative à la nutrition (n°J5-07 du 4 mai 2007, mise à jour, validée par le Conseil scientifique de l'OEAP le 15 juin 2011). Les présentes recommandations nutritionnelles couvrent toutes les populations, y compris la petite enfance et les personnes âgées en institution. Elles s'appliquent quelle que soit la structure publique de restauration, qu'elle soit professionnelle, éducative, carcérale, militaire, de vacances de soins, et quel que soit le mode de gestion, régie ou externalisation.

⁸ La médiane (valeur qui partage une distribution en deux parties égales) a été utilisée pour déterminer les deux classes retenues : effectif de l'établissement inférieur ou égal à 73 et effectif supérieur ou égal à 73.

Trois établissements sur cinq disposent d'un cahier des charges de restauration

61 % des établissements déclarent disposer d'un cahier des charges et/ou d'une charte concernant la restauration. Parmi les structures sous-traitant tout ou partie de la restauration, cette proportion est de 83 %. Pour les structures qui gèrent l'ensemble des activités liées à la restauration, cette part est moins importante, elle est de 46 %.

Pour les établissements travaillant avec un Clan ou son équivalent et disposant d'un cahier des charges de restauration (soit 39 établissements), le cahier des charges est validé dans plus d'un cas sur deux (51 %) par le Clan.

Un cahier des charges de restauration davantage présent dans les établissements employant un diététicien

Parmi les établissements travaillant avec un diététicien (salarié ou autre statut), 68 % possèdent un cahier des charges de restauration contre seulement 45 % pour ceux n'ayant pas de diététicien ($p < 0,01$).

Des cahiers des charges plus fréquents dans les établissements travaillant avec un Clan ou ayant un axe nutritionnel dans leur projet d'établissement

En outre, le fait de posséder un axe nutritionnel dans le projet d'établissement ou de travailler avec un Clan favorisent l'élaboration de tels documents :

- travaille avec un Clan : 40 % vs. 19 % ($p < 0,01$),
- possède un axe nutritionnel dans le projet d'établissement : 61 % vs. 48 % ($p < 0,05$).

Plan alimentaire

Un plan alimentaire est un ensemble de structures de menus organisés de façon à respecter variété et équilibre alimentaire au fil des semaines. Plusieurs recommandations ont été proposées concernant la durée de cette planification. Le CNA (avis n°53) conseille une durée comprise entre 5 et 8 semaines.

Dans 75 % des établissements qui disposent d'un cahier des charges de restauration, ce document comporte un plan alimentaire, et ce dernier est quasi systématiquement validé par un diététicien. Ce plan est établi dans 75 % des cas pour 5 semaines ou plus et il comporte presque toujours des cycles été/hiver.

Un plan alimentaire est plus fréquent dans les établissements employant un diététicien : 81 % vs. 67 % ($p < 0,05$).

Validation des menus

Dans près de 9 établissements sur 10, les menus sont validés notamment par un diététicien et/ou un médecin coordonnateur

Des pratiques favorables s'observent dans la majorité des établissements. Ainsi, dans la plupart des structures les menus (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) sont validés par au moins un diététicien et/ou médecin coordonnateur (161 établissements, soit 87 %) et parmi elles, 74 disposent d'un cahier des charges comprenant un plan alimentaire.

Seuls 24 établissements (13 %) ne font pas valider les menus par un diététicien et/ou un médecin coordonnateur et parmi eux, 13 ne disposent pas de cahier des charges concernant la restauration.

Le responsable de cuisine intervient dans la validation des menus dans la quasi-totalité des établissements (94 %).

Le rythme de validation des menus n'a pas été systématiquement renseigné par les établissements. Le taux de non réponse est d'environ 20 %. Parmi les répondants et toutes professions confondues (médecin coordonnateur, diététicien et responsable de cuisine) les menus sont validés par 56 % des établissements mensuellement ou plus fréquemment.

Tableau 2 : Répartition des établissements selon le professionnel qui valide les menus et le fait de disposer ou non d'un cahier des charges concernant la restauration*

| Cahier des charges concernant la restauration | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|-------------|
| Menu validé... | Dispose d'un cahier des charges avec un plan alimentaire | Dispose d'un cahier des charges sans plan alimentaire | Ne dispose pas de cahier des charges | Non réponse |
| ... ni par un responsable de cuisine, ni par un diététicien et ni par un médecin coordonnateur | 1 | - | 1 | 0 |
| ... par un responsable cuisine mais pas par un diététicien ou par un médecin coordonnateur | 4 | 3 | 12 | 3 |
| ... par un diététicien ou un médecin coordonnateur | 74 | 14 | 57 | 16 |

* : - les non réponses à une ou deux des trois questions suivantes : « Les menus sont-ils validés par : Médecin coordonnateur / Diététicien / Responsable de cuisine ? » Oui, Non, Ne sait pas sont comptabilisées comme Non.

- Deux établissements n'ayant répondu à aucune des trois questions suivantes n'ont pas été inclus dans le tableau ci-dessus.

Note de lecture :

Les cellules en rouge décrivent les situations les moins satisfaisantes et celles en vert les situations les plus satisfaisantes.

La proportion d'établissements disposant d'un cahier des charges sur la restauration peut être considérée comme insuffisante, dans la mesure où le Conseil national de l'alimentation (CNA) « estime indispensable qu'un cahier des charges aussi précis et complet que possible soit établi et qu'une personne soit désignée pour vérifier son respect »⁹. Pour autant, un examen plus approfondi des réponses des établissements montre que seuls 16 établissements (8 %) ne font pas valider les menus par un diététicien ou un médecin coordonnateur et ne disposent de plus de cahier des charges sur la restauration comprenant un plan alimentaire.

Le chef cuisinier est presque toujours présent dans les instances permettant de discuter des menus

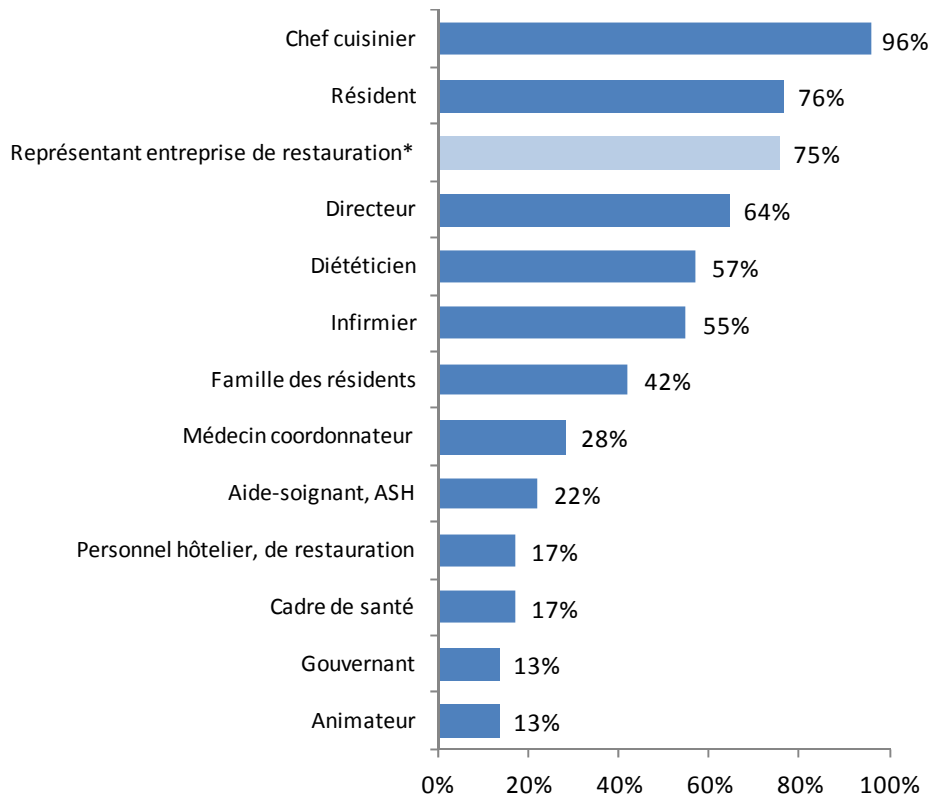
Une instance permettant de discuter des menus est présente dans la majorité des établissements (95 %). Dans cette instance, les personnels les plus représentés sont le chef cuisinier (96 %) et les résidents (76 %).

⁹ Avis n°53 sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs besoins spécifiques adopté le 15 décembre 2005.

Un diététicien participe à cette instance dans 57 % des établissements disposant d'une instance permettant de discuter des menus. La participation du médecin coordonnateur à ce type d'instance est moins importante, seulement 28 % d'entre eux y participent.¹⁰

Pour les établissements où au moins l'une des activités de restauration (élaboration des menus, achat des denrées alimentaires, préparation des repas, service des repas) est sous-traitée, un représentant de l'entreprise de restauration prestataire participe à cette instance dans près des trois quarts des cas (75 %).

Graphique 4 : Participants aux instances permettant de discuter des menus



Note de lecture :

* : Concernant le représentant d'entreprise de restauration, la part est calculée uniquement sur les établissements disposant d'une instance pour discuter des menus et sous-traitant l'une des activités de restauration (soit 72 établissements).

¹⁰ À souligner qu'un diététicien participe à cette instance dans la majorité (72 %) des établissements déclarant travailler avec un diététicien et disposant d'une instance permettant de discuter des menus (soit 128 structures). Concernant la participation du médecin coordonnateur à ce type d'instance, elle est nettement moindre, étant donné que sur les 166 établissements disposant d'un médecin coordonnateur et ce type d'instance, pour seulement 29 % d'entre eux le médecin y participe.

Textures modifiées

Les Ehpad et USLD accueillent une population hétérogène. Une partie plus ou moins importante de cette population requiert des textures adaptées à leurs capacités d'alimentation. Il convient alors de leur proposer une alimentation en phase avec leurs besoins tout en alliant la notion de « plaisir ».

Pour répondre aux difficultés de mastication et/ou déglutition de certains résidents, il est parfois nécessaire aux établissements d'adapter la texture des aliments. Plusieurs préparations peuvent être proposées :

- texture liquide : l'alimentation est fluide, prise au verre ou à la paille ;
- texture mixée : la texture est homogène, avec viande et légumes de consistance épaisse ; ils peuvent être soit mélangés soit séparés dans l'assiette ;
- texture moulinée : la viande est moulinée, les légumes sont moulinés ou non si très tendres ; viande et légumes sont séparés dans l'assiette ;
- texture hachée : la viande seule est hachée sauf si l'élément protidique est tendre.

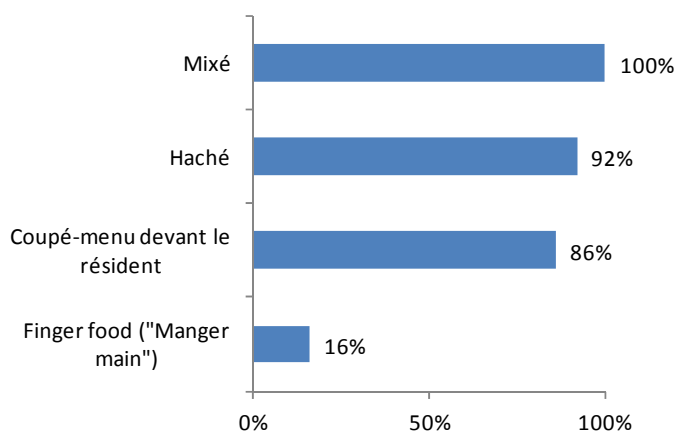
Les personnes âgées ayant une alimentation à texture modifiée doivent bénéficier des mêmes plats que les autres personnes, dans la mesure où les recettes peuvent être proposées mixées ou en purée.

Enfin, l'alimentation à texture modifiée, telle que viande moulinée ou purée de légumes, doit apporter au convive un apport protéino-énergétique suffisant. Cette alimentation peut être ainsi enrichie par différents produits selon l'objectif attendu : par exemple enrichissement en protéines par du jaune d'œuf, du fromage râpé, de la poudre de lait ou du jambon, enrichissement en énergie par l'ajout de beurre ou de crème fraîche, et enrichissement en calcium par l'ajout de lait.

Des menus à textures modifiées proposés par tous les établissements...

Tous les établissements proposent à leurs résidents des textures mixées, 92 % des textures hachées, 86 % coupées menu devant le résident et 16 % proposent aux résidents de « manger main ».

Graphique 5 : Part des différentes textures modifiées proposées par les établissements aux résidents



... et le plus souvent préparés à partir du menu du jour

La quasi-totalité des établissements déclare préparer les repas à texture modifiée à partir du menu du jour (« 60 % « Toujours » et 37 % « Souvent (un repas sur deux ou plus) ». Seuls 3 % des établissements ont répondu « Rarement (moins d'un repas sur deux) »).

Interrogés sur le mélange des différents éléments du plat principal, près de 9 établissements sur 10 (89 %) déclarent ne pas les mélanger, 9 % « Oui » et 2 % ont déclaré « Ne sait pas ».

En outre, les repas à texture modifiée comportent fréquemment une préparation enrichie (avec crème fraîche, œufs, lait écrémé...) : « Toujours » dans 14 % des établissements, « Souvent (un repas sur deux ou plus) » dans 61 %.

Petit-déjeuner et collation

Selon les recommandations du GEMRN, pour les personnes âgées en institution, la journée doit s'articuler en 4 repas : petit-déjeuner, déjeuner, goûter obligatoire dans l'après-midi, et dîner. Il convient de prévoir une ou plusieurs collations, diurnes et nocturnes, pour les personnes ayant des besoins nutritionnels augmentés, ou des difficultés à consommer un repas complet.

Le petit déjeuner étant toujours un des repas les plus appréciés par cette population, il doit être d'apport énergétique élevé : par exemple café au lait sucré enrichi de poudre de lait demi-écrémé, pain beurre et confiture, jus de fruit à teneur garantie en vitamine C. Le jus de fruit peut-être proposé plus tard, vers 10h.

Pour une population hospitalisée ou en maison de retraite, nécessitant un apport spécifique à définir dans le cahier des charges, les composantes du petit déjeuner peuvent être complétées par un aliment protidique de leur choix, type fromage, fromage blanc, jambon ou œuf et/ou par un fruit ou un jus de fruit.

Au petit-déjeuner, un complément protidique et un fruit ou un jus de fruit (100 % pur jus) proposés « toujours » ou « souvent » dans près d'un établissement sur quatre

Interrogés sur les produits servis au petit déjeuner, seulement 35 % des établissements déclarent proposer « toujours » (18 %) ou « souvent (un repas sur deux ou plus) » (17 %) un complément protidique (fromage, fromage blanc, jambon, œuf).

Un fruit ou un jus de fruit (100 % pur jus) est un peu plus fréquemment proposé par les établissements. Ils sont 41 % à indiquer en servir « toujours » (32 %) ou « souvent (un repas sur deux ou plus) » (9 %) à leurs résidents.

Parmi les 180 établissements ayant répondu à ces deux questions, 23 % proposent les deux composantes « toujours » ou « souvent » et 48 % les proposent « rarement » ou « jamais ».

Un établissement sur cinq (21 %) déclare proposer une collation aux résidents en cours de matinée

Cette dernière est organisée, planifiée au même titre que les autres repas de la journée (c'est-à-dire hors des restes des précédents repas) dans 81 % des établissements.

La quasi-totalité des structures déclare proposer une collation d'après-midi (95 %)

Tout comme la collation de matinée, cette collation est organisée, planifiée au même titre que les autres repas de la journée dans la majorité des établissements (92 %).

La collation de nuit est proposée dans 63 % des établissements

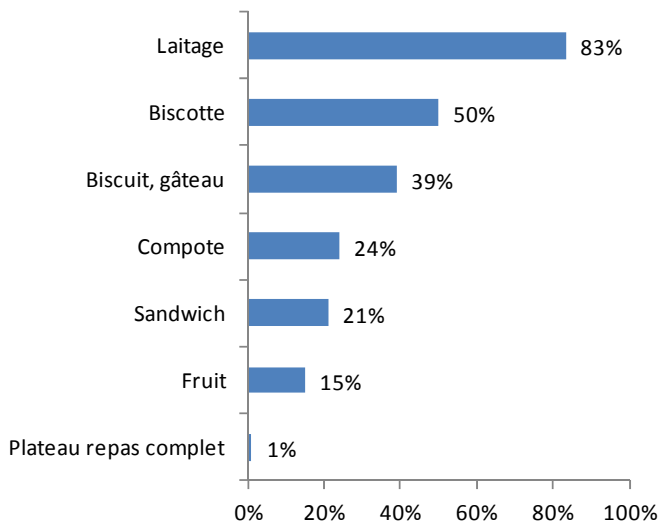
Contrairement aux autres collations, elle est planifiée au même titre que les autres repas de la journée dans moins d'un établissement sur deux (47 %).

Les établissements étaient invités à préciser quels types de collation sont disponibles (sandwich, laitage, biscotte, plateau-repas complet, autre).

Les laitages prédominent largement (proposés par 83 % des établissements qui ont mis en place une collation de nuit), suivis des biscottes (50 %).

Une part importante d'établissements a également indiqué proposer des biscuits ou des gâteaux (39 %) et des compotes (24 %).

Graphique 6 : Types de collation de nuit proposé par les établissements



Durée et horaire des repas

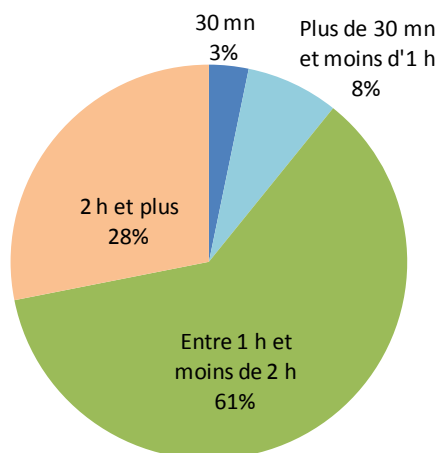
Le temps consacré aux repas doit être suffisant pour se nourrir convenablement. Le CNA (avis n°53 précité, 21^{ème} recommandation) recommande au moins 30 minutes au petit déjeuner, une heure pour le déjeuner et 45 minutes au dîner.

Dans la majorité des établissements la durée du service du petit-déjeuner et du dîner est conforme aux recommandations du CNA

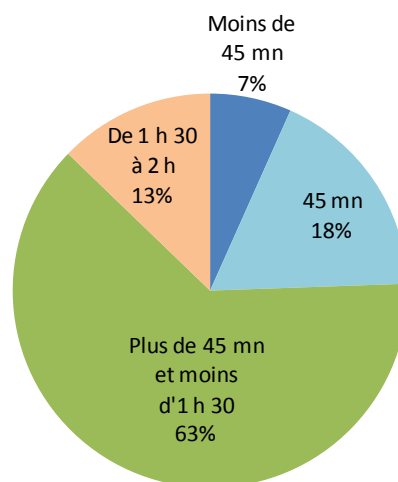
Dans l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête la durée du service du petit-déjeuner est égale ou supérieure à ce que recommande le CNA, à savoir au moins 30 minutes.

Concernant le dîner, il dure au moins 45 minutes dans 93 % des établissements. Seulement 7 % des structures ont un service du dîner inférieur à 45 minutes, durée recommandée par le CNA.

Graphique 7 : Durée du service du petit-déjeuner



Graphique 8 : Durée du service du dîner



Un nombre d'heures consacrées aux temps des repas par le personnel jugé insuffisant par deux établissements sur cinq

Interrogés sur la satisfaction du nombre d'heures consacrées aux temps des repas par le personnel, 40 % du personnel de direction a répondu n'être « pas du tout » satisfaits (5 %) ou « peu » satisfaits (35 %). À l'opposé, ils sont 54 % à se déclarer « plutôt » satisfaits et 6 % « tout à fait » satisfaits.

Dans la majorité des établissements, le personnel parvient à réchauffer « souvent (un repas sur deux ou plus) » ou « toujours » les plats de tous les résidents qui le demandent pendant le repas (86 % des établissements). Ils sont seulement 14 % à déclarer à le faire « rarement (moins d'un repas sur deux) » ou « jamais ».

Le service des repas se fait dans près d'un établissement sur deux « en amont (assiettes pré-remplies distribuées aux résidents) ». Dans 42 %, il « se fait à table par le personnel » et dans 2 % des cas, il « se fait à table par le résident lui-même ». 17 % des établissements ont renseigné l'item « autre » car le service peut se faire aussi bien en amont qu'à table par le personnel.

Jeûne nocturne

Le CNA recommande de veiller à limiter le jeûne nocturne à 12 heures maximum (exemple : dîner servi à 19h00, petit-déjeuner servi à 7h00). Si le service du petit déjeuner ne peut être organisé assez tôt (planning de l'équipe ou habitude de levée de la personne), une collation doit être à disposition de l'équipe de nuit, et être proposée vers 22h aux personnes le souhaitant, ou à celles désignées par l'équipe soignante.

Un jeûne nocturne supérieur à 12 heures fréquent

Lors de l'enquête, les établissements ont été interrogés sur l'heure à laquelle commence le service du petit-déjeuner et l'heure à laquelle se termine le service du dîner afin de calculer le nombre d'établissements où le jeûne nocturne est inférieur ou égal à 12 heures (recommandation du CNA).

Ainsi, pour 81 % des établissements ayant renseigné ces deux champs (181 établissements sur 187) le jeûne nocturne est supérieur à 12 heures ; 42 % ont un jeûne nocturne compris entre plus de 12 heures et moins de 13 heures et 39 % compris entre 13 heures et 13 heures 30.

Parmi les structures enregistrant un jeûne nocturne supérieur à 12 heures, 40 % ne proposent pas une collation nocturne à leurs résidents (soit 56 établissements).

Lieu des repas et environnement des repas

Pour maintenir le plaisir de manger, les salles à manger doivent être des lieux agréables à vivre, climatisées, avec une ambiance calme et tranquille, des plans de table réalisés en fonction des affinités... Elles permettront ainsi de limiter l'anxiété des personnes âgées et d'augmenter la prise alimentaire.

Le déjeuner et le dîner sont servis le plus souvent dans la salle à manger

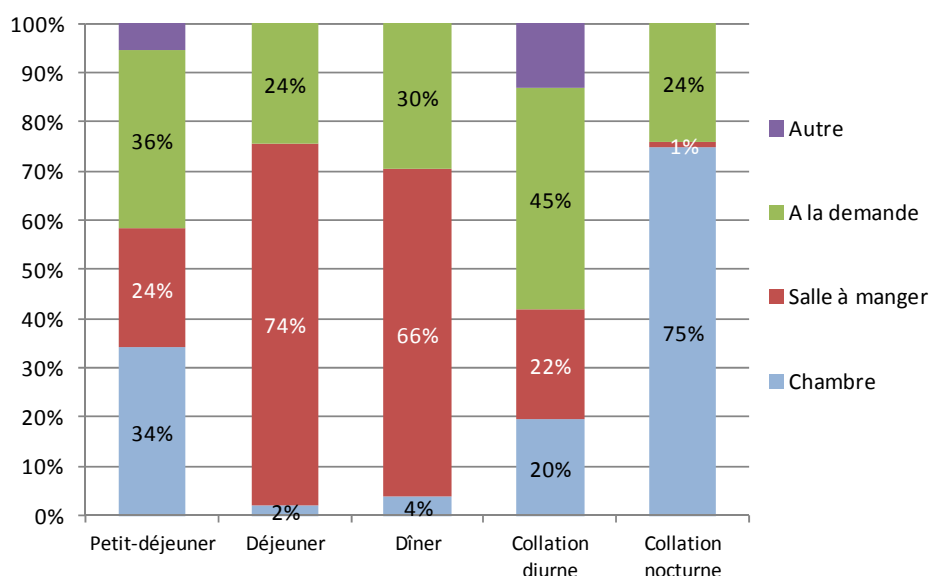
Les établissements ont été interrogés sur le lieu habituel de restauration pour les différents repas.

Concernant le petit-déjeuner, les résidents ont la possibilité de choisir le lieu dans 36 % des établissements : dans 34 % le petit-déjeuner est servi habituellement dans la chambre et pour 24 % dans la salle à manger.

Pour le déjeuner et le dîner, les établissements déclarent servir habituellement le repas à la salle à manger, respectivement dans 74 % et 66 % des cas. Dans les autres établissements le repas est servi à la demande du résident soit en salle à manger soit en chambre.

Pour la collation diurne, 45 % des structures servent la collation selon la demande du résident. Enfin, les trois quarts des établissements indiquent servir la collation nocturne uniquement dans la chambre du résident.

Graphique 9 : Répartition des établissements selon le lieu où sont servis habituellement les repas et collations



Près de la totalité des établissements déclare que les résidents sont majoritairement satisfaits du lieu du dîner (92 %), 1 % a répondu « non » et 7 % ont répondu « ne sait pas »).

Des repas en terrasse les jours de beau temps possibles dans 45 % des établissements

La possibilité de manger en terrasse les jours de beau temps est offerte à « tous les résidents ou presque » dans 32 % des établissements et « seulement les résidents autonomes » dans 13 % d'entre eux.

Un environnement de repas globalement agréable pour les résidents

Dans 40 % des établissements, les salles à manger bénéficient de mesures d'insonorisation. Ces mesures concernent principalement le plafond (54 %) et le sol (34 %), mais rarement les plateaux (7 %) et les couverts (3 %).

Dans 87 % des structures, les repas sont servis uniquement dans de la vaisselle en porcelaine. Pour 13 %, elles utilisent à la fois de la vaisselle en porcelaine et de la vaisselle à « usage unique ».

Intervention de bénévoles

Dans un tiers des établissements, des bénévoles interviennent dans l'aide au repas

Des bénévoles interviennent pendant les repas dans 33 % des 187 établissements ayant répondu à l'enquête (soit 61 établissements).

Parmi ces établissements, plus de la moitié accueille des bénévoles formés à l'aide aux repas (dans 28 % des établissements l'ensemble des bénévoles est formé et dans 28 % seulement une partie), 35 % ont répondu « Non » et 9 % « Ne sait pas ».

Le nombre d'heures assuré en moyenne par les bénévoles pour l'aide au repas n'a pas pu être exploité compte tenu d'un taux de non réponse élevé (30 %).

Prise en compte des attentes et besoins des résidents

Recueils des goûts et des préférences alimentaires

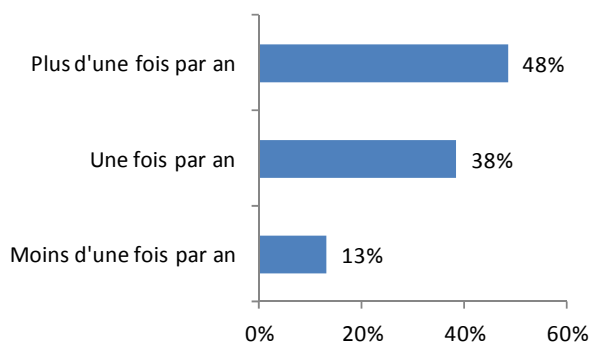
Un recueil des goûts effectué à l'admission dans la quasi-totalité des établissements

94 % des structures déclarent effectuer systématiquement un recueil des goûts et des préférences alimentaires à l'admission de chaque résident.

Interrogées sur la mention des données recueillies sur les goûts alimentaires des résidents dans leur projet de vie individuel, 89 % des structures se sont prononcées. Respectivement 48 % et 35 % d'entre elles déclarent que ces informations apparaissent « toujours » ou « souvent » dans le projet de vie du résident.

Ce recueil est effectué à l'aide d'un questionnaire standardisé dans 68 % de ces établissements. En outre, ce recueil est actualisé durant le séjour du résident dans 8 établissements sur 10 et, parmi ces structures, près d'une sur deux actualise le recueil plus d'une fois par an (48 %).

Graphique 10 : Répartition des établissements réalisant un recueil des goûts selon la fréquence de réactualisation durant le séjour du résident



Choix des composantes du repas

Les résidents ont la possibilité de choisir les composantes de leur repas dans 81 % des établissements

Parmi ces établissements le choix est possible pour :

- l'entrée, dans 60 % des cas,
- le plat, 86 %,
- le fromage ou produit laitier, 58 %,
- le dessert, 72 %.

Dans 34 % des établissements, le choix est même possible pour les 4 composantes du repas.

Le choix des différentes composantes des repas se fait :

- exclusivement en amont du service des repas dans 49 % des structures concernées,

- exclusivement lors du service des repas dans 20 % d'entre elles,
- et dans 31 % des cas, soit 47 établissements, à la fois en amont et lors du service des repas.

Dans la moitié des structures (56 %) où le choix des composantes des repas se fait uniquement en amont du service (soit 74 établissements), il existe « toujours » ou « souvent (un repas sur deux ou plus) » des possibilités de substitution lors du service des repas.

Repas accompagnant

Excepté un établissement, tous déclarent pouvoir préparer des « repas invités » à la demande d'un résident qui souhaite inviter ses proches.

Activité physique adaptée et animation autour de l'alimentation

Activité physique adaptée

Le Programme national nutrition santé 2011 – 2015, a pour mesure de promouvoir l'activité physique et sportive adaptée (APA) chez les populations en situation de handicap, défavorisées, âgées ou atteintes de maladies chroniques. Un des objectifs du programme est de développer l'offre d'activités physiques dans les EHPAD et les foyers ou résidences pour personnes âgées.

Des activités physiques proposées aux résidents dans la quasi-totalité des établissements

La quasi-totalité des établissements propose des activités physiques collectives aux résidents (94 %). Elles ne sont néanmoins pas très fréquentes dans les deux tiers des établissements (64 %), qui ne proposent qu'une ou moins d'une activité par semaine (27 % en proposent 2 et 9 % 3 ou plus par semaine).

Les activités physiques sont assurées dans 57 % des établissements par un animateur spécialisé en activité physique. Parmi les établissements ayant coché la rubrique « autre qualification », les professions les plus souvent citées sont, par ordre d'importance :

- animateur,
- masseur-kinésithérapeute,
- bénévole,
- ergothérapeute et psychomotricien,
- aide-soignant et assistant médico-psychologique.

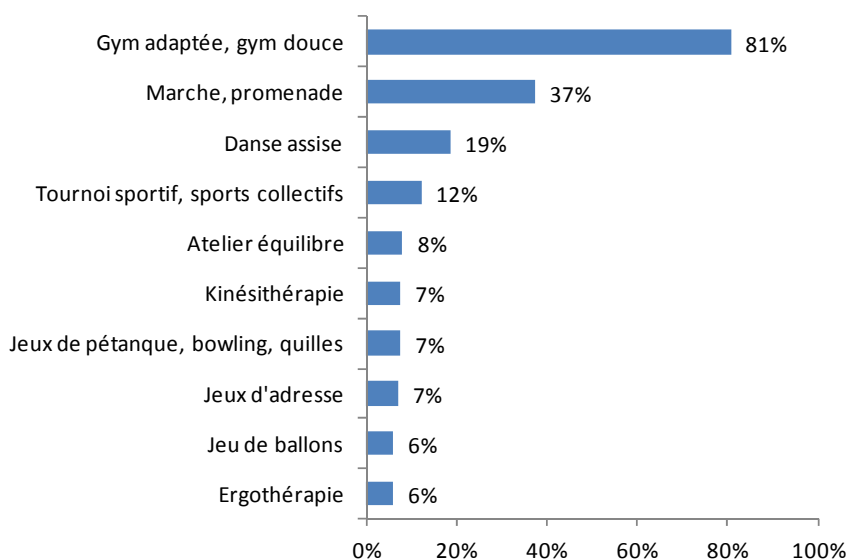
L'animateur spécialisé en activité physique travaille en moyenne un quart temps par mois dans l'établissement.

Les activités sportives les plus souvent citées par les établissements sont :

- la gymnastique douce et la gymnastique adaptée, mentionnée par 81 % des structures,
- la marche et la promenade (37 %),
- la danse assise (19 %),
- les activités physiques en lien avec le tournoi sportif et les sports collectifs (12 %).

Les autres activités sont proposées dans moins d'un établissement sur dix.

Graphique 11 : Activités sportives les plus souvent citées par les établissements et pourcentage d'établissements concernés



Des plans individuels d'activité physique adaptée très peu répandus

L'élaboration d'un plan d'activité physique adaptée pour chaque résident apparaît peu fréquente. Ainsi, seulement 15 % des établissements déclarent établir « toujours » ou « souvent » un tel plan. Pour 25 % des structures, ce type de plan est « rarement » mis en place et pour 60 % « jamais ».

Selon le département une différence statistiquement significative s'observe. Sur le Haut-Rhin, 23 % des établissements ont déclaré établir « toujours » ou « souvent » un plan individuel d'activité physique contre 9 % pour les établissements du Bas-Rhin ($p < 0,01$).

Autres activités

Compte tenu de l'importance de l'acte alimentaire pour le maintien du lien social et de l'autonomie, le CNA encourage les familles et les établissements hébergeant des personnes âgées à faire preuve d'initiative en organisant par exemple aussi souvent que possible des repas à thème, des repas de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, de quartier, des dégustations de produits du terroir.

Des animations autour de l'alimentation réalisées dans tous les établissements

La totalité ou la grande majorité des établissements a organisé au cours des douze derniers mois des animations (repas, goûters) autour des fêtes et anniversaires (99 % des structures), des ateliers cuisine (97 %), des repas à thème (93 %) ou des repas à l'extérieur de la structure (85 %).

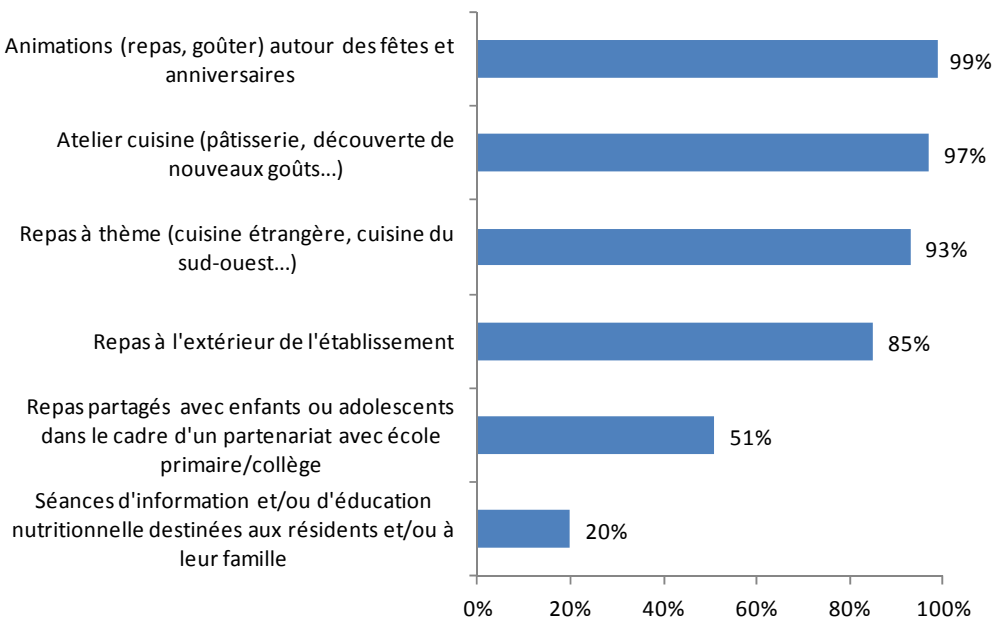
Les repas intergénérationnels sont une animation également fréquente, dans la mesure où 51 % des établissements ont déclaré avoir partagé des repas avec les enfants ou adolescents dans le cadre d'un partenariat avec une école primaire ou un collège au cours des douze derniers mois.

Les séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leurs familles sont moins fréquentes, elles ne sont mises en place que par 20 % des établissements durant l'année écoulée. Selon le département d'implantation de l'établissement et le fait de travailler avec un diététicien, cette part varie significativement, elle est de :

- 34 % pour les établissements du Haut-Rhin contre seulement 10 % pour ceux du Bas-Rhin ($p < 0,001$) ;
- 25 % pour les établissements travaillant avec un diététicien (salaire ou non) contre 6 % pour les autres ($p < 0,01$).

D'autres animations ont également été citées par les établissements (question ouverte), telles que la semaine du goût, l'organisation de fêtes : barbecue, kermesse...

Graphique 12 : Animations mises en place dans les établissements au cours des 12 derniers mois



Soins liés à la nutrition

Dépistage de la dénutrition ou de son risque

La HAS recommande un dépistage chez toutes les personnes âgées au minimum une fois par mois en institution. Pour les personnes âgées à risque de dénutrition, le dépistage doit être plus fréquent, en fonction de l'état clinique de la personne et de l'importance du risque.

Plusieurs examens sont nécessaires au dépistage de la dénutrition :

- recherche de situations à risque de dénutrition ;
- estimation de l'appétit et/ou des apports alimentaires ;
- mesure du poids ;
- évaluation de la perte de poids par rapport au poids antérieur ;
- calcul de l'indice de masse corporelle (IMC).

Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire du type Mini Nutritional Assessment (MNA®)¹¹.

En ce qui concerne le poids, il est particulièrement recommandé de peser les personnes âgées en institution à l'entrée, puis au moins une fois par mois.

Fréquence et contenu du dépistage

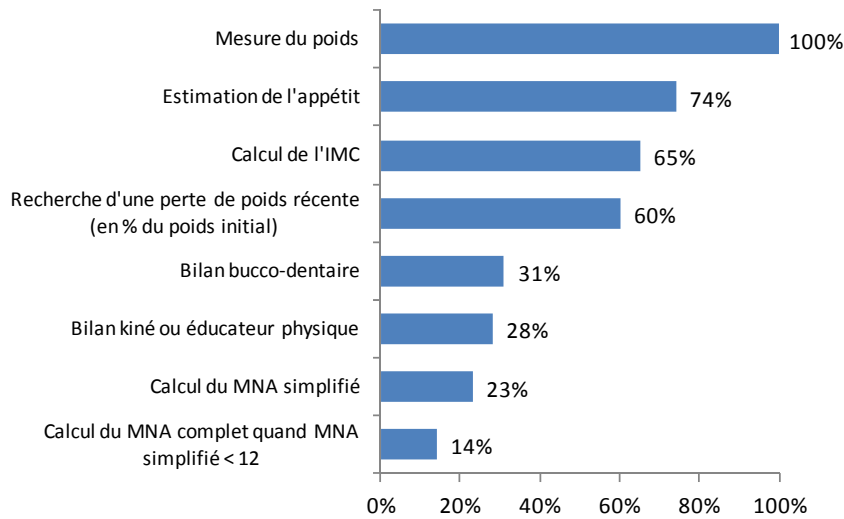
Près de 9 établissements sur 10 (88 %) réalisent un dépistage systématique de la dénutrition ou du risque de dénutrition à l'admission d'un nouveau résident

Les éléments qui font partie du dépistage à l'admission d'un nouveau résident sont la mesure du poids, pour l'ensemble de ces établissements, l'estimation de l'appétit pour 74 % des structures, le calcul de l'IMC (65 %) et la recherche d'une perte de poids récente (60 %). Le bilan bucco-dentaire et le bilan de kinésithérapie sont cités respectivement par 31 % et 28 % des structures réalisant un dépistage à l'entrée en établissement. Enfin, le calcul du MNA® simplifié et le calcul du MNA® complet lorsque le MNA® simplifié a un score inférieur à 12 sont moins souvent réalisés par les établissements, respectivement 23 % et 14 %.

De plus, 31 établissements ont indiqué d'autres éléments que ceux proposés par le questionnaire faisant partie du dépistage et notamment pour 14 d'entre eux le dosage d'albumine.

¹¹ Le MNA® est un outil de dépistage et d'évaluation pouvant être utilisé pour identifier les patients âgés présentant un risque de malnutrition. Le MNA® dans sa forme abrégée, le MNA Short-Form (MNA-SF®), composé de six questions sur l'appétit, la perte de poids, la motricité, le stress, les problèmes neuro-psychologiques et l'indice de masse corporelle, est utilisé pour dépister dans un premier temps la dénutrition protéino-énergétique des pensionnaires. Sur un score total de 14 points, un score ≤ 11 indique une « possibilité de malnutrition ». Pour les personnes identifiées comme étant à risque de malnutrition, les 12 questions restantes du MNA® sont alors posées.

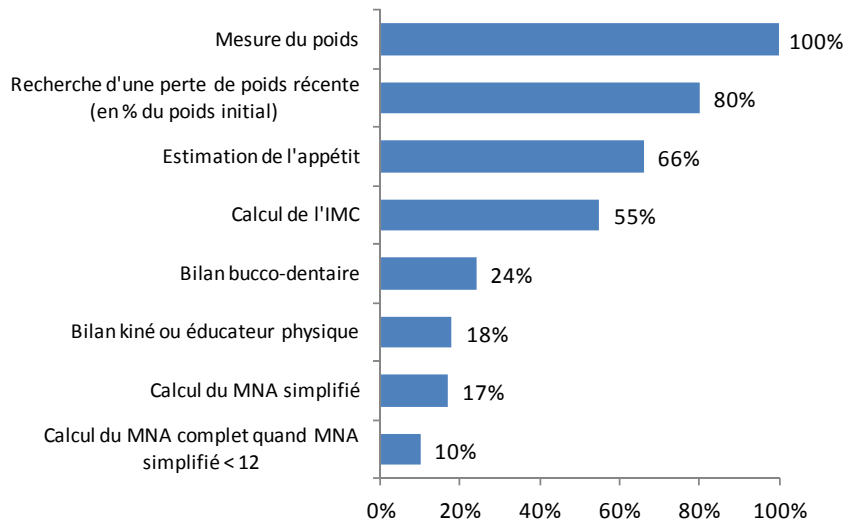
Graphique 13 : Éléments faisant partie du dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition à l'entrée en établissement



Près de 9 établissements sur 10 (89 %) réalisent un dépistage systématique de la dénutrition lors du suivi d'un résident sans problème nutritionnel

Lors de ce dépistage, la mesure du poids est systématiquement réalisée. La recherche d'une perte de poids récente, l'estimation de l'appétit et le calcul de l'IMC sont réalisés respectivement dans 80 %, 66 % et 55 % des établissements.

Graphique 14 : Éléments faisant partie du dépistage de la dénutrition lors du suivi d'un résident sans problème nutritionnel



Selon les recommandations de la HAS, quatre établissements sur dix ne réalisent pas un dépistage à une fréquence suffisante au cours du séjour (moins d'une fois par mois)

Interrogés sur la fréquence de réalisation de ce dépistage, 58 % des établissements indiquent le réaliser tous les mois (ou plus pour deux établissements), 27 % le mettent en œuvre trois à dix fois par an et 14 % une ou deux fois par an.

Des pratiques de dépistage de la dénutrition éloignées des recommandations de la HAS pour près de deux établissements sur dix

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête :

- 10 indiquent ne réaliser aucun des deux dépistages (à l'admission et lors du suivi d'un résident sans problème nutritionnel), soit 5 % de l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête,
- 9 ne réalisent que le dépistage à l'admission d'un nouveau résident (5 %),
- 12 ne réalisent que le dépistage lors du suivi d'un résident sans problème nutritionnel (7 %).

Ainsi 17 % des établissements ne répondent pas aux recommandations de la HAS en matière de dépistage de la dénutrition.

Procédure écrite de dépistage

La moitié des établissements (51 %) disposent d'une procédure écrite concernant le dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition

Bilan initial des patients dénutris ou à risque de dénutrition

Surveillance alimentaire

La HAS souligne qu'une surveillance des apports alimentaires est un élément essentiel du suivi d'un patient dénutri pour adapter la prise en charge nutritionnelle. Elle doit être réalisée au mieux sur une période de trois jours consécutifs et au minimum sur 24 heures.

9 établissements sur 10 réalisent une surveillance alimentaire des personnes dénutries

La mise en place d'une feuille de surveillance alimentaire fait partie du bilan initial des patients :

- à risque de dénutrition dans 64 % des établissements,
- dénutris dans 89 % des établissements.

La surveillance alimentaire est réalisée pour la quasi-totalité des structures durant trois jours consécutifs ou plus (99 %). En outre, dans 63 % des établissements, cette surveillance comprend « systématiquement » les prises alimentaires en dehors des repas. Ces apports sont comptabilisés « dans certains cas seulement » par 34 % des structures et ne sont pas comptabilisés dans 3 % des cas.

Près de 90 % des établissements réalisant une surveillance alimentaire estiment que ces feuilles sont « toujours » (12 %) ou « souvent » (81 %) bien remplies et 7 % « rarement ».

Évaluation nutritionnelle

Une surveillance alimentaire qui aboutit presque toujours à une évaluation nutritionnelle

Une évaluation nutritionnelle est effectuée à partir de la surveillance alimentaire dans :

- 89 % des établissements pour les résidents dénutris,
- 97 % pour les résidents à risque de dénutrition.

Examens biologiques

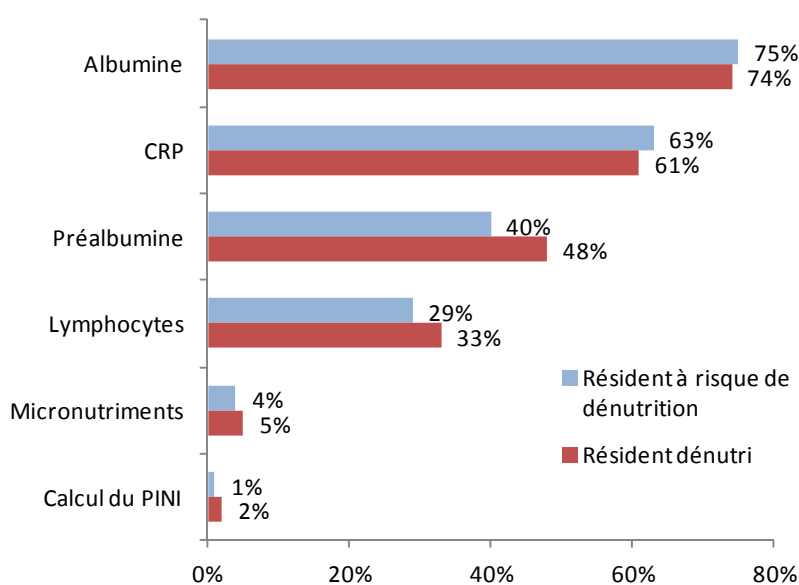
La HAS préconise comme critère de diagnostic de la dénutrition, la perte de poids, l'IMC le MNA® global et l'albuminémie qui doit être interprété en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive (CRP).

Les établissements ont été interrogés sur les examens biologiques qui font partie du bilan initial du patient à risque de dénutrition et du patient dénutri. Les examens proposés étaient au nombre de 6 : l'albumine, la CRP, la préalbumine, les lymphocytes, les micronutriments et le calcul du PINI¹².

L'examen biologique le plus fréquemment réalisé, que ce soit pour le patient à risque de dénutrition ou le patient à risque de dénutrition, est l'albumine, suivi de la CRP. Viennent ensuite la préalbumine et les lymphocytes. Le dosage de micronutriments et le calcul du PINI sont rarement effectués par les structures.

Les chiffres présentés dans le graphique suivant correspondent en réalité à des fourchettes basses. En effet, parmi les établissements n'ayant coché aucun de ces examens, certains ont précisé que la prescription de ces examens réalisés lors du bilan initial dépendait ou variait selon le médecin traitant.

Graphique 15 : Éléments faisant partie du bilan initial des résidents à risque de dénutrition ou des patients dénutris



¹² PINI (Pronostic Inflammatory and Nutritional Index d'Ingelbleek) : il s'agit d'un calcul des protéines d'inflammation par rapport aux protéines de nutrition pour déterminer le pronostic en fonction des seuils de gravité : <1 normal, >10 pronostic vital peut être engagé, surtout si persistance ou élévation du PINI dans le temps.

Classement de la sévérité de la dénutrition

Selon les recommandations de la HAS, le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères suivants, classés selon le degré de sévérité de la dénutrition :

| Dénutrition | Dénutrition sévère |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Perte de poids : $\geq 5\%$ en 1 mois, ou $\geq 10\%$ en 6 mois- Indice de masse corporelle : $IMC < 21$- Albuminémie * < 35 g/l- MNA® global < 17 | <ul style="list-style-type: none">- Perte de poids : $\geq 10\%$ en 1 mois, ou $\geq 15\%$ en 6 mois- Indice de masse corporelle : $IMC < 18$- Albuminémie* < 30 g/l |

* : Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive (CRP).

Source : HAS, Synthèse des recommandations professionnelles 2007, Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

L'OMS a quant à elle, établi des grades de la dénutrition basés sur l'IMC, mais pour la population adulte de moins de 70 ans :

| IMC | Grade de la dénutrition | Stade de la dénutrition |
|----------|-------------------------|-------------------------|
| < 10 | Grade V | Dénutrition sévère |
| 10-12,99 | Grade IV | |
| 13-15,99 | Grade III | |
| 16-16,99 | Grade II | Dénutrition modérée |
| 17-18,49 | Grade I | Dénutrition légère |
| $< 18,5$ | Maigreur | Dénutrition |

Source : OMS

Près d'un établissement sur deux utilise le classement de la HAS

Un tiers (34 %) des établissements déclare ne pas utiliser de classement de la sévérité de la dénutrition. Près d'un sur deux (49 %, dont 6 % utilisent également la classification OMS) utilise le classement recommandé par la HAS, 14 % utilisent uniquement la classification de l'OMS et 3 % déclarent utiliser un autre classement.

Référence au dossier médical du patient

Dans 83 % des établissements, la dénutrition ou le risque de dénutrition est « toujours » (54 %) ou « souvent » (29 %) renseigné dans le dossier médical du patient.

Le suivi des actions mises en œuvre est renseigné dans 75 % des structures. Les objectifs nutritionnels (ou projet de renutrition) sont moins souvent mentionnés, dans 53 % des structures.

Prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition

Modalités de prise en charge

La stratégie de prise en charge nutritionnelle est fondée sur le statut nutritionnel du malade et le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés. Elle tient aussi compte de la nature et de la sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s) et des handicaps associés, ainsi que de leur évolution prévisible (troubles de la déglutition par exemple). La prise en charge doit également intégrer l'avis du malade et/ou de son entourage, ainsi que des considérations éthiques.

En dehors des situations qui contre-indiquent l'alimentation par voie orale, il est recommandé de débiter prioritairement la prise en charge nutritionnelle par des conseils nutritionnels et/ou une alimentation enrichie, si possible en collaboration avec une diététicienne.

La complémentation nutritionnelle orale (CNO) est envisagée en cas d'échec de ces mesures ou bien d'emblée chez les malades ayant une dénutrition sévère. L'alimentation entérale est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la prise en charge nutritionnelle orale (HAS 2007).

Une alimentation enrichie et des CNO, les deux modalités de prise en charge de la dénutrition les plus utilisées par les établissements

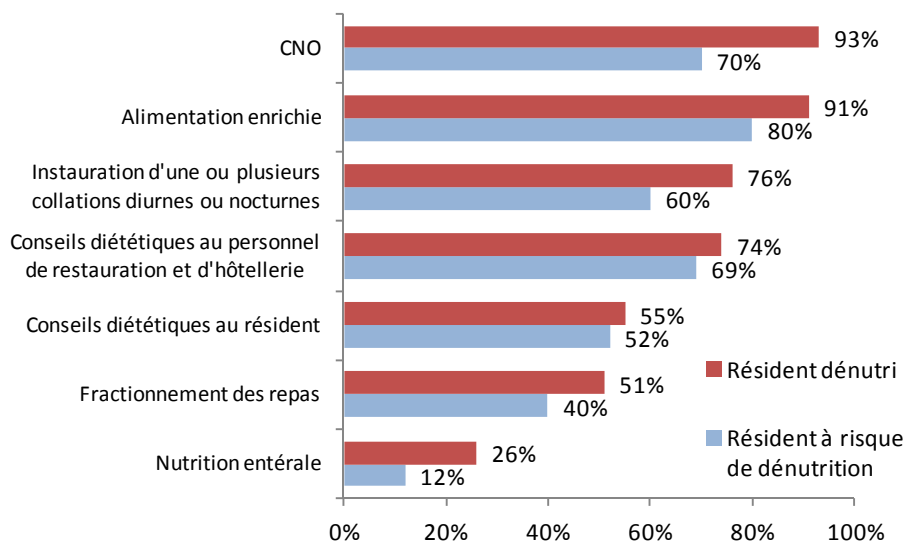
L'utilisation de compléments nutritionnels oraux (CNO), utilisée par 93 % des établissements, constitue la première modalité de prise en charge des personnes dénutries, avec l'alimentation enrichie (91 %). Ces modalités sont un peu moins fréquemment mises en œuvre pour les patients à risque de dénutrition (respectivement 70 % et 80 %).

De la moitié au trois quarts des établissements recourent également à l'instauration d'une ou plusieurs collations diurnes ou nocturnes, la mise en œuvre de conseils diététiques au personnel de restauration et d'hôtellerie et les conseils au résident.

Le fractionnement des repas est établi dans la moitié des établissements pour les résidents dénutris et dans 40 % pour les résidents à risque de dénutrition.

Enfin, 76 % des établissements ayant répondu à l'enquête peuvent accueillir des patients sous nutrition entérale. Parmi eux, 35 % déclarent avoir recours à la nutrition entérale dans le cadre de la prise en charge des résidents dénutris (soit 26 % de l'ensemble des structures) et 16 % pour les résidents à risque de dénutrition (12 % de l'ensemble des structures).

Graphique 16 : Modalités de prise en charge utilisées lorsque le résident est dénutri ou à risque de dénutrition



Dans près de neuf établissements sur dix, la décision d'enrichissement alimentaire fait l'objet d'une prescription médicale

La décision d'enrichissement (alimentation enrichie et/ou compléments nutritionnels) fait « toujours » l'objet d'une prescription médicale (par un médecin coordonnateur, médecin traitant...) dans 45 % des établissements concernés¹³, « souvent (dans plus de la moitié des cas) » dans 42 % des cas. Ce n'est que « rarement » le cas (dans moins de la moitié des cas) dans 12 % des établissements et « jamais » le cas dans 1 % des structures.

La stratégie d'enrichissement est réalisée de manière pluridisciplinaire dans la majorité des établissements

Un médecin intervient dans 83 % des établissements dans le choix de la stratégie d'enrichissement. Plus précisément :

- dans 17 % des établissements le médecin intervient seul,
- dans 32 % des établissements il intervient avec un infirmier,
- dans 14 % avec un diététicien,
- dans 21 % avec un infirmier et un diététicien.

Et dans 16 % des établissements, la stratégie d'enrichissement est choisie par un infirmier et/ou un diététicien.

Près de 2 résidents sur 10 consommeraient quotidiennement des compléments nutritionnels oraux

La quasi-totalité (97 %) des établissements a déclaré utiliser des compléments nutritionnels oraux (CNO). Le nombre de résidents bénéficiant quotidiennement de ces CNO au moment de l'enquête a été précisé par 84 % des responsables médicaux. Ces CNO sont donnés aux résidents à distance des repas dans 62 % des établissements, pour 28 % ils sont donnés au moment des repas et pour 1 % à tout moment de la journée.

Rapporté au nombre total de personnes accueillies dans les établissements ayant répondu à l'enquête, environ 19 % des résidents consomment tous les jours des CNO.

Concernant la consommation occasionnelle de CNO, cette question n'a pas pu être exploitée compte tenu d'un taux de non réponse élevé (34 %).

Suivi des patients dénutris

Selon la HAS, le suivi d'une personne âgée dénutrie repose essentiellement sur la mesure du poids, l'estimation des apports alimentaires et le dosage de l'albuminémie :

- **Le poids** : il est recommandé de surveiller le poids des personnes âgées dénutries une fois par semaine.
- **Les apports alimentaires (ingesta)** : une surveillance des apports alimentaires est un élément essentiel du suivi d'un patient dénutri pour adapter la prise en charge nutritionnelle.
- **L'albumine** : le dosage de l'albuminémie est recommandé pour évaluer l'efficacité de la renutrition. Cependant, il n'est pas nécessaire de le répéter plus d'une fois par mois, en dehors de situations particulières.
- **Transthyrétine ou préalbumine** : la transthyrétine représente un outil supplémentaire pour l'évaluation initiale de l'efficacité de la renutrition.

¹³ Établissements qui proposent cette modalité de prise en charge.

La mesure du poids et le dosage de l'albumine, critères utilisés dans la majorité des établissements

Les établissements ont été interrogés sur les critères qu'ils utilisent habituellement pour le suivi des patients dénutris. Quatre critères leur étaient proposés : le poids, l'albumine, la préalbumine et la composition corporelle (impédancémétrie). Ils avaient également la possibilité d'indiquer un ou plusieurs autres critères.

La totalité des établissements a indiqué utiliser habituellement le poids pour le suivi des patients dénutris. L'albumine est également fortement utilisée, dans 79 % des établissements. La préalbumine est déclarée par 41 % des structures et la composition corporelle par 5 %.

Une surveillance des apports hydriques réalisée dans la majorité des établissements

En outre, une surveillance des apports hydriques est réalisée dans la quasi-totalité (94 %) des établissements pour les patients dénutris et dans 87 % pour les résidents à risque de dénutrition.

Protocole écrit concernant la prise en charge des patients dénutris ou à risque de dénutrition

42 % des établissements déclarent disposer d'une procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi...) pour les personnes dénutries et 40 % pour les résidents à risque de dénutrition.

Prévention de la dénutrition

Les régimes alimentaires

Un tiers des résidents suit un régime (restrictif et/ou à texture modifiée) lié à un problème de santé

Lors de l'enquête, les établissements ont été interrogés sur le nombre de résidents suivant un régime alimentaire (restrictif et/ou à texture modifiée) lié à un problème de santé. 13 % des structures n'ont pas mentionné cet effectif.

Parmi les répondants :

- 41 % des établissements indiquent que moins d'un quart de leurs résidents est concerné,
- 38 % entre le quart et la moitié des résidents,
- 23 % plus de la moitié des résidents.

Les régimes réévalués « toujours » ou « souvent » à l'admission dans 9 établissements sur 10

La nécessité de maintenir un régime alimentaire mis en place antérieurement est systématiquement réévaluée à l'entrée dans l'établissement d'un nouveau résident dans 57 % des structures, « souvent (dans plus de la moitié des cas) » dans 34 % et « rarement (dans moins de la moitié des cas) » ou « jamais » dans 9 % des établissements.

Dans 8 établissements sur 10, les régimes alimentaires font l'objet d'une prescription médicale

De plus, les régimes alimentaires font toujours l'objet d'une prescription médicale (par le médecin traitant, médecin coordonnateur...) dans 81% des établissements.

En revanche, ils font plus rarement l'objet d'un protocole écrit :

- seuls 19 % des établissements indiquent utiliser un protocole pour tous les résidents,
- 36 % pour certains de leurs résidents,
- 45 % pour aucun de leurs résidents.

Pour les établissements disposant d'un protocole écrit, ce dernier détaille la composition des repas dans 71 % des cas et le rythme de réévaluation du patient dans 27 % des cas.

Interrogés également sur l'adaptation des régimes alimentaires en fonction des médicaments pris par les résidents, 43 % des établissements déclarent les adapter (52 % ne les adaptent pas et 5 % ne savent pas).

Parmi les établissements ayant indiqué adapter les régimes alimentaires en fonction du traitement pris par les résidents, les différents types de médicaments cités sont l'insuline, les antidiabétiques oraux et les corticoïdes.

Les échanges d'information

Des échanges d'informations concernant la nutrition des résidents formalisés dans 8 établissements sur 10

80 % des établissements déclarent que des échanges d'informations concernant l'alimentation et la nutrition des résidents, sur le plan individuel, sont formalisés entre les personnels soignants et les personnels de restauration et d'hôtellerie.

Ces échanges ont lieu lors de réunions de travail spécifiquement dédiées au sujet (41 %) ou à l'aide d'outils de type cahier de liaison entre les équipes (46 %). Seuls ces deux modes de communication étaient proposés dans le questionnaire ; certains établissements ont fait mention d'autres outils : la commission des menus, le dossier patient, la transmission orale de l'information, mais de manière non formalisée, l'intervention du diététicien.

Le suivi bucco-dentaire

Dans 7 établissements sur 10, des consultations bucco-dentaires sont prévues pour les résidents

Parmi ces établissements, ces consultations ont lieu pour 21 % exclusivement au sein de l'établissement, pour 43 % des déplacements sont organisés à l'extérieur de la structure, pour 25 % ces deux modalités sont proposées aux résidents et pour 6 % ces consultations sont organisées au cas par cas, à la demande du résident ou de la famille.

Concernant plus globalement l'hygiène dentaire, elle est vérifiée / assurée quotidiennement dans 31 % des établissements, « souvent » dans 56 % et « rarement » dans 13 %.

Plan d'activité physique adaptée

Peu de structures établissent un plan d'activité physique adaptée pour les résidents

Plus d'un établissement sur deux (55 %) déclare ne pas établir de plan d'activité physique adaptée, ils sont 22 % à déclarer « rarement » et seulement 23 % « souvent » ou « toujours ».

Besoins et attentes

Avis sur l'alimentation dans l'établissement

La très grande majorité des répondants considère que, dans leur établissement, l'alimentation proposée aux résidents est satisfaisante

Le personnel de direction estime en effet que l'alimentation des résidents est « tout à fait satisfaisante » dans 16 % des établissements et « plutôt satisfaisante » dans 78 % des établissements. Seulement 6 % la jugent « peu satisfaisante » et aucun « pas du tout satisfaisante » (1 % ne se prononce pas).

Pour le personnel soignant, ces proportions sont proches, respectivement égales à 17 %, 77 %, 4 %, 1 % (pas du tout satisfait) et 2 % (ne se prononcent pas).

Les avis du personnel soignant et de direction sont très convergents puisque pour 65 % des établissements ayant répondu aux deux questionnaires, les avis de ces deux catégories de personnel sont identiques et dans 33 % les avis sont proches (par exemple pour 13 % des établissements le personnel de direction juge l'alimentation « plutôt » satisfaisante alors que le personnel soignant considère que l'alimentation est « tout à fait » satisfaisante) et pour 2 % pour les réponses sont éloignées.

Avis sur les activités physiques dans l'établissement

Les séances d'activités physiques proposées aux résidents sont jugées satisfaisantes par la majorité des établissements

Près de la totalité du personnel de direction estime que les activités physiques proposées aux résidents sont satisfaisantes (32 % « Tout à fait satisfaisante » et 64 % « Plutôt satisfaisante »).

Pour le personnel soignant, ces proportions sont légèrement inférieures, respectivement 17 % et 65 % et 10 % jugent les activités « Peu satisfaisante ».

Là encore les avis du personnel soignant et de direction sont relativement convergents, puisque pour 49 % des établissements ayant répondu aux deux questionnaires, les avis de ces deux catégories de personnel sont identiques et dans 41 % les avis sont proches (par exemple pour 15 % des établissements le personnel de direction juge les activités « plutôt » satisfaisantes alors que le personnel soignant les considère « peu » satisfaisantes).

Toutefois, pour 10 % des établissements les réponses sont éloignées : par exemple pour 6 % des structures, les activités sont jugées « plutôt » ou « très » satisfaisantes par le personnel de direction alors qu'elles sont jugées « peu » ou « pas du tout » satisfaisantes par le personnel soignant.

Actions à mettre en place pour améliorer l'alimentation dans l'établissement

Lors de l'enquête, les répondants du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » et ceux du questionnaire « Soins nutritionnels » devaient donner leur avis sur l'utilité de mettre en place quatorze actions visant à améliorer l'alimentation dans leur structure.

Pour le personnel de direction, pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire est l'action la plus souvent citée, pour le personnel soignant, c'est améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition

Cinq des 14 actions proposées dans le questionnaire correspondaient à une augmentation du personnel pour la réalisation de certaines activités (préparation des repas, distribution des repas...). Elles ont été très prioritairement retenues dans la mesure où 4 d'entre elles apparaissent dans le groupe des 5 actions jugées les plus prioritaires, que ce soit pour le personnel de direction ou le personnel soignant :

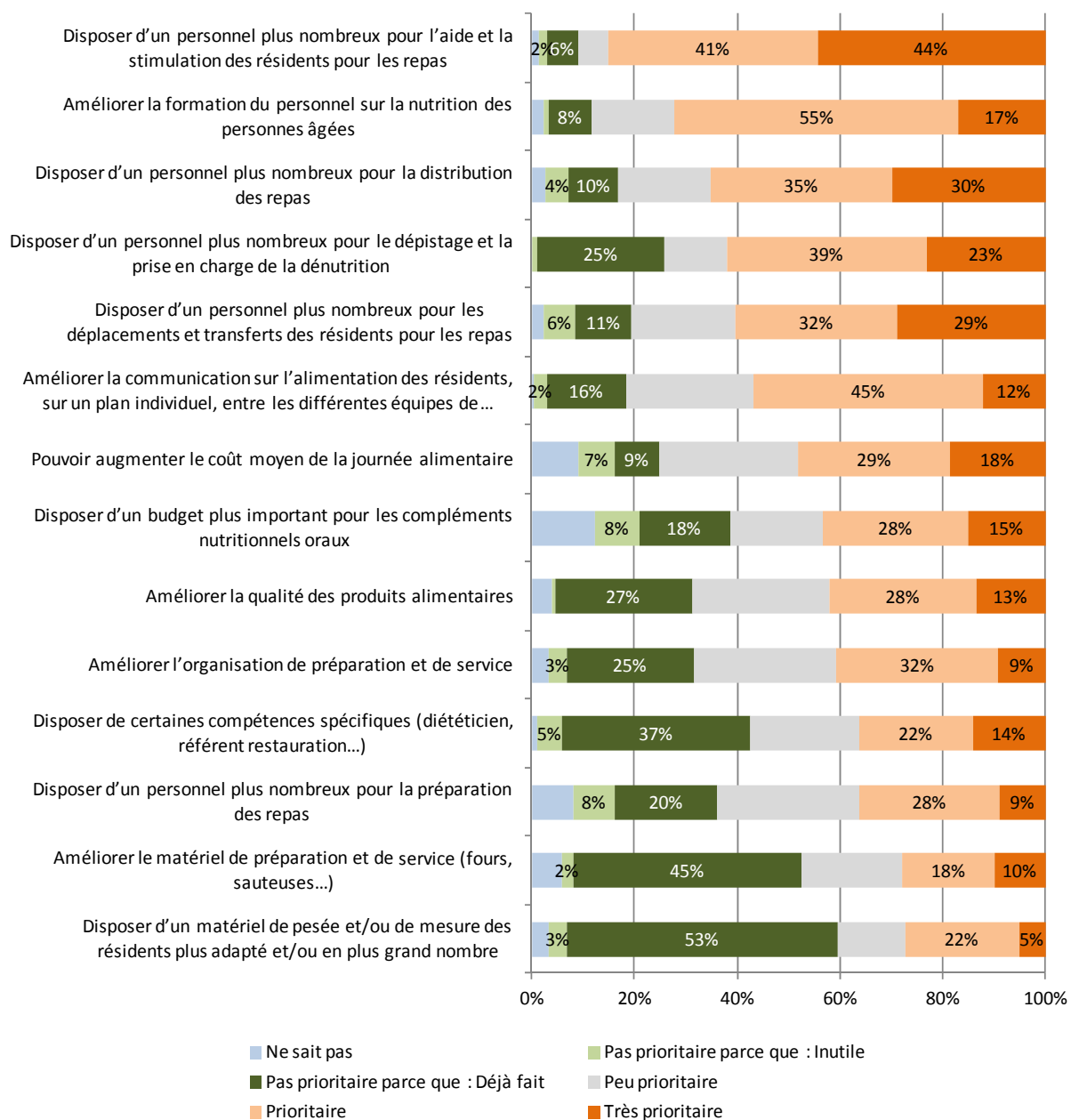
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour l'aide et la stimulation des résidents pour les repas ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour la distribution des repas ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour les déplacements et transferts des résidents pour les repas.

Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des résidents apparaît également être « prioritaire » ou « très prioritaire » aux yeux de 72 % du personnel de direction et 74 % du personnel soignant.

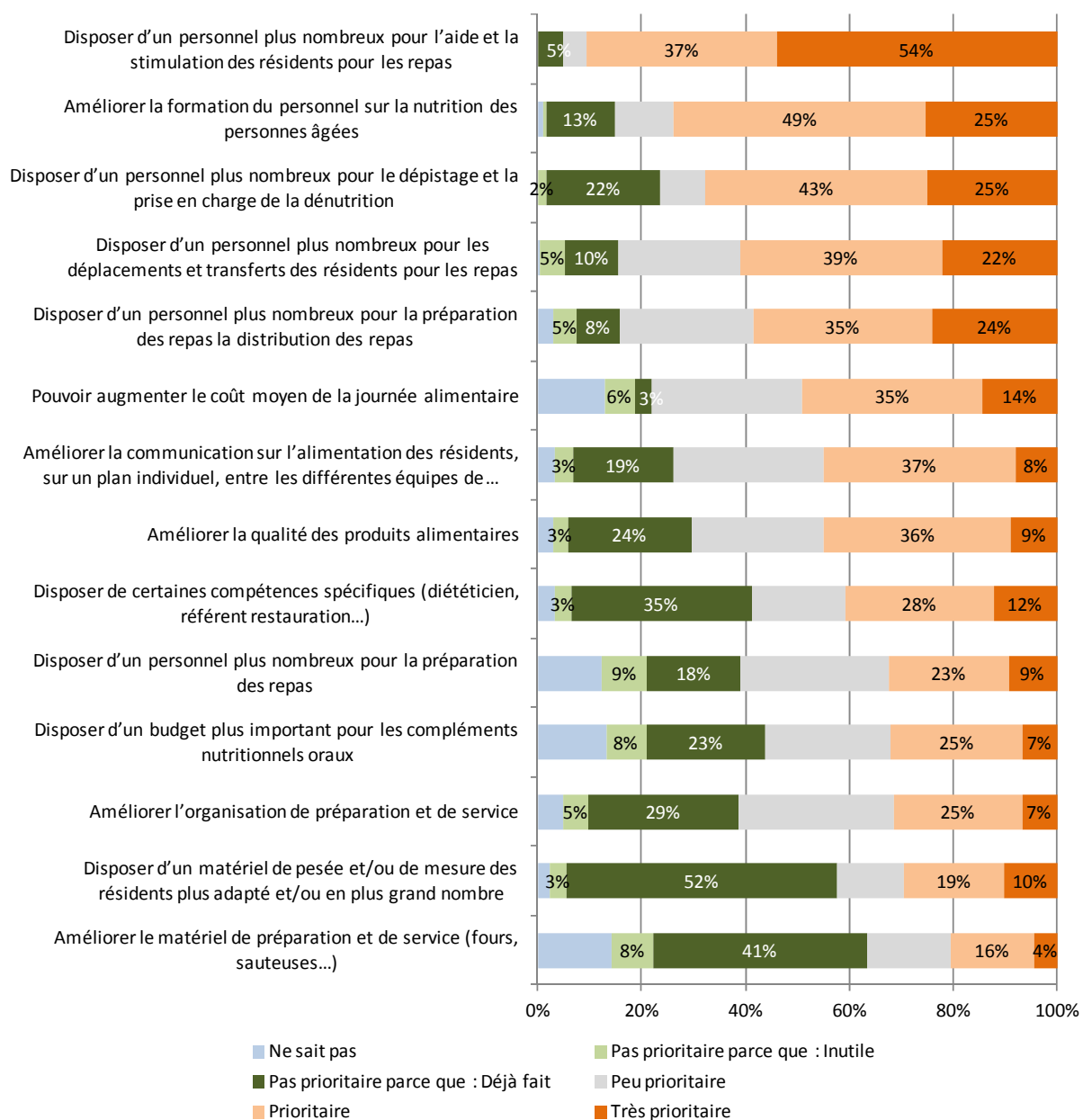
Des établissements déclarent que certaines actions ne sont pas prioritaires parce qu'elles ont déjà été mises en place au sein de leur établissement, c'est notamment le cas des actions suivantes qui concernent une ou plus d'une structure sur trois, aussi bien du point de vue du personnel de direction que du personnel soignant :

- Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des résidents plus adapté et/ou en plus grand nombre (53 % des établissements pour le personnel de direction et 52 % pour le personnel soignant) ;
- Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...): 45 % des établissements pour le personnel de direction et 41 % pour le personnel soignant ;
- Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...): 37 % des établissements pour le personnel de direction et 35 % pour le personnel soignant.

Graphique 17 : Répartition des actions que mettrait en place le personnel de direction, à ce jour et sous réserve de financement, pour améliorer l'alimentation dans leur établissement



Graphique 18 : Répartition des actions que mettrait en place le personnel soignant, à ce jour et sous réserve de financement, pour améliorer l'alimentation dans leur établissement



Formation du personnel

Lors de l'enquête, les personnels de direction et personnels soignants, ont été interrogés sur les besoins de formation des employés de leur établissement concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées. Si de tels besoins existaient, les répondants étaient amenés à indiquer les deux catégories de professionnels ayant besoin en priorité d'une formation, parmi les six catégories proposées (médecin, infirmière, aide-soignante, personnel éducatif, personnel de service, personnel de cuisine, personnel administratif).

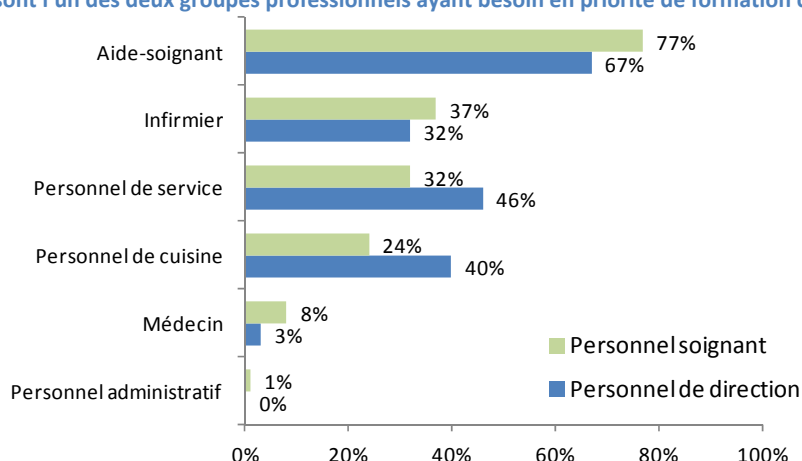
Que ce soit du point de vue du personnel de direction ou du personnel soignant, il existe un fort besoin de formation, destiné prioritairement aux aides-soignants

85 % du personnel de direction et 94 % du personnel soignant déclarent qu'il existe des besoins de formation concernant l'alimentation et la nutrition des personnes âgées.

La profession citée le plus souvent comme devant bénéficier prioritairement de ces formation est aide-soignant, aussi bien par le personnel soignant (77 %) que le personnel de direction (67 %). La deuxième catégorie citée est le personnel de service pour le personnel de direction (46 %) et le personnel infirmier pour le personnel soignant (37 %). L'écart le plus important concerne le personnel de cuisine qui a été citée par 40 % du personnel de direction contre seulement 24 % pour le personnel soignant.

Les besoins de formation ont été précisés (question ouverte) dans trois questionnaires sur cinq. Que ce soit du point de vue du personnel de direction ou du personnel soignant, les besoins portent majoritairement sur la prévention et la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées, sur les troubles de la déglutition et sur les textures modifiées et l'enrichissement alimentaire.

Graphique 19 : Proportion de personnel soignant et de personnel de direction considérant que les professions suivantes sont l'un des deux groupes professionnels ayant besoin en priorité de formation concernant l'alimentation et la nutrition



Besoins de modèles de procédures ou de protocoles

Une forte demande de modèles ou de procédures

Lors de l'enquête, le personnel de direction et le personnel soignant des établissements ont été interrogés sur leurs besoins en modèles de procédures ou de protocoles concernant le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Le personnel soignant a également été interrogé sur d'autres besoins concernant en tout onze situations différentes.

La grande majorité des personnels de direction et des personnels soignants souhaite obtenir des modèles de procédures sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition.

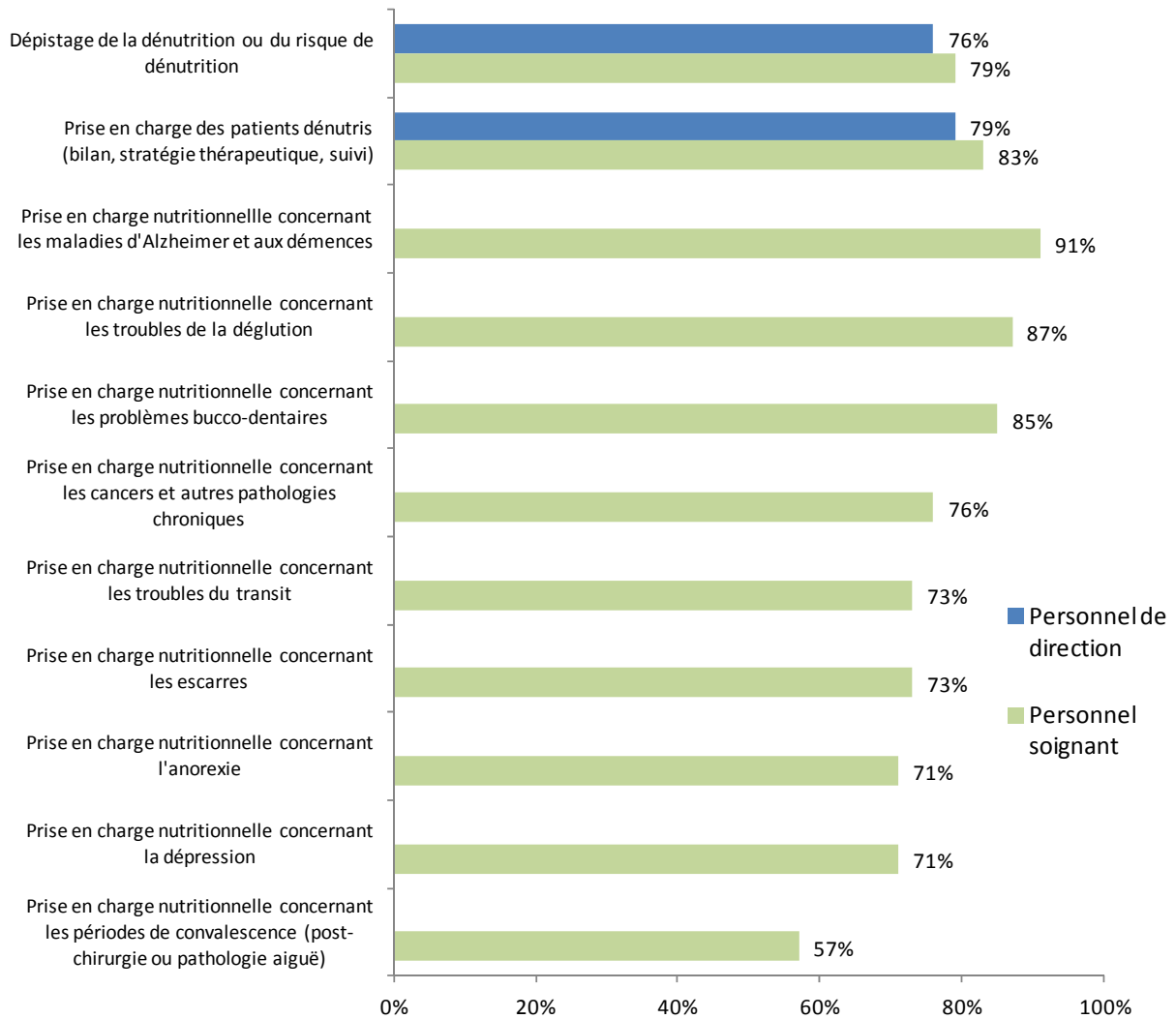
Pour les autres situations, le personnel soignant cite en premier lieu (91%) le besoin de modèles et de procédures sur la prise en charge nutritionnelle des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de démence.

Viennent ensuite la prise en charge nutritionnelle des troubles de la déglutition (87 % des établissements) et des problèmes bucco-dentaires (85 %).

Près des trois quarts des structures sont intéressées par des modèles de procédures concernant la prise en charge nutritionnelle des résidents souffrant de cancer et autres pathologie chroniques, troubles du transit, escarres, anorexie et dépression.

Enfin, les modèles de procédures concernant la prise en charge nutritionnelle durant les périodes de convalescence (post-chirurgie ou pathologie aiguë), bien qu'étant les moins demandées, sont citées par plus de la moitié (57 %) des personnels soignants.

Graphique 20 : Proportion de personnel soignant et de personnel de direction souhaitant que des modèles de procédures ou de protocoles leur soient proposés pour les situations suivantes



4. Utilisez-vous un guide alimentaire pour les enfants ou les adolescents ?

- ₁ Oui
₂ Non, mais je connais l'existence d'un ou plusieurs guides
₃ Non, et je ne connais pas l'existence de guides alimentaires
- Si oui, quels guides utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)
- ₁ Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », Inpes
₂ Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « Guide alimentaire pour tous », Inpes
₃ Guide des ressources en information et éducation nutritionnelles, Inpes
₄ Autres, précisez : _____

5. Souhaiteriez-vous avoir une présentation et/ou un exemplaire de certains de ces outils ?

- ₁ Oui ₂ Non

6. Un diététicien (ou plusieurs) intervien(n)t-il dans l'établissement ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Oui, comme salarié de l'établissement ou de l'association gestionnaire
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? (____) h/mois
₂ Oui, mais avec un autre statut
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? (____) h/mois
₃ Non

7. Un médecin coordonnateur (ou plusieurs) intervien(n)t-il dans l'établissement ? (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Oui, comme salarié de l'établissement ou de l'association gestionnaire
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? (____) h/mois
₂ Oui, mais avec un autre statut
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? (____) h/mois
₃ Non

8. Des formations spécifiques ou des réunions d'échanges, de sensibilisation des personnels concernant la nutrition des enfants ou des adolescents ont-elles été organisées ces 5 dernières années (2007-2011) ?

- ₁ Oui ₂ Non
- Si oui, précisez les intitulés des formations ou des réunions d'échanges, de sensibilisation qui ont été organisées :
- _____
- _____
- _____

Restauration

9. Quel est le mode de fonctionnement de la restauration des enfants ou des adolescents dans l'établissement ?

| | Autogéré | Sous-traité |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|
| Elaboration des menus | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Achat des denrées alimentaires | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |
| Préparation des repas | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ sur place <input type="checkbox"/> ₃ à l'extérieur de l'établissement |
| Service des repas | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ |

Si la préparation des repas est autogérée, des fiches techniques pour les recettes composant les menus ont-elles été établies ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

Si la préparation des repas est sous-traitée, des fiches techniques des produits et/ou plats livrés dans l'établissement ont-elles été fournies par le prestataire à l'établissement ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

10. Connaissez-vous le coût moyen de la journée alimentaire d'un enfant ou d'un adolescent (hors enfant polyhandicapé), boissons comprises ?

(Dépenses des denrées alimentaires pour l'ensemble des repas / nombre de journées-enfants)

- ₁ Oui ₂ Non

Si oui, quel est-il ?

- En semi-internat : _____ euros / enfants

₁ Non concerné

(Merci de cocher cette case, si vous ne faites pas de semi-internat)

- En internat complet/semaine : _____ euros / enfants

₁ Non concerné

(Merci de cocher cette case, si vous ne faites pas d'internat)

11. L'établissement dispose-t-il d'un cahier des charges concernant la restauration ?

- ₁ Oui ₂ Non

Si oui :

- Ce cahier des charges a-t-il été élaboré ou actualisé à partir de ce rapport : Recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007, approuvée par la décision n° 2007-17 du 4 mai 2007 du Comité exécutif de l'OEAP (Observatoire économique de l'achat public) ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

- Ce cahier des charges comporte-t-il un plan alimentaire ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

Si oui,

- Sur combien de semaines est établi le plan alimentaire ? _____ semaines

- Le plan alimentaire comporte-t-il des cycles été/hiver ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

- Chaque plan alimentaire est-il validé par un diététicien ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

12. Les menus (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) sont-ils validés par :

- Un médecin coordonnateur ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

Si oui, à quel rythme ? Toutes les _____ semaines

- Un diététicien ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

Si oui, à quel rythme ? Toutes les _____ semaines

- Un responsable cuisine ?

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sait pas

Si oui, à quel rythme ? Toutes les _____ semaines

13. Existe-t-il au sein de l'établissement une instance qui permet de discuter des menus ?

- ₁ Oui ₂ Non

Si oui, qui participe à cette instance? *(plusieurs réponses possibles)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Chef cuisinier | <input type="checkbox"/> ₂ Diététicien |
| <input type="checkbox"/> ₃ Enfants | <input type="checkbox"/> ₄ Familles des enfants |
| <input type="checkbox"/> ₅ Médecin coordonnateur | <input type="checkbox"/> ₆ Directeur |
| <input type="checkbox"/> ₇ Personnel éducatif | <input type="checkbox"/> ₈ Personnel d'encadrement |
| <input type="checkbox"/> ₉ Infirmier | <input type="checkbox"/> ₁₀ Représentant entreprise de restauration |

₁₁ Autres, précisez : _____

14. Un recueil systématique des goûts et préférences alimentaires est-il effectué à l'admission de chaque enfant ou adolescent ?

- ₁ Oui ₂ Non

Si oui :

- Utilisez-vous un questionnaire standardisé pour ce recueil ? ₁ Oui ₂ Non

- Ce recueil est-il actualisé durant le séjour ? ₁ Oui ₂ Non

Si oui, à quelle fréquence ?

- _1 Moins d'une fois par an
_2 Une fois par an
_3 Plus d'une fois par an

15. Existe-t-il dans votre établissement des menus personnalisés pour les enfants ou les adolescents en surpoids ou obèses ?

- _1 Oui _2 Non

Si oui, qui arrête ces menus personnalisés ? (plusieurs choix possibles)

- _1 Médecin de l'établissement
_2 Médecin traitant de l'enfant
_3 Autre médecin
_4 Diététicien
_5 Infirmier
_6 Autres personnes, précisez : _____

16. Existe-t-il habituellement des possibilités de choix pour les différentes composantes du repas pour les enfants ou adolescents ?

- _1 Oui _2 Non

Si oui :

- lesquelles sont concernées ? (plusieurs réponses possibles)

- _1 L'entrée _2 Le plat
_3 Le fromage ou produit laitier _4 Le dessert

- à quel(s) moment(s) se fait (font) le(s) choix ? (plusieurs réponses possibles)

- _1 En amont du service des repas
_2 Lors du service des repas

17. Quelles boissons proposez-vous lors du déjeuner ? (plusieurs réponses possibles)

- _1 Eau
_2 Boissons sucrées (sodas...)
_3 Jus de fruits (100 % pur jus)
_4 Autres boissons, précisez : _____

18. Proposez-vous au petit déjeuner les éléments suivants pour l'internat (hors enfant polyhandicapé) ?

- _1 Non concerné (Merci de cocher cette case si vous ne faites pas d'internat)

- Un produit laitier :

- _1 Toujours _2 Souvent (un repas sur deux ou plus) _3 Rarement (moins d'un repas sur deux) _4 Jamais

- Un fruit ou un jus de fruit (100 % pur jus) :

- _1 Toujours _2 Souvent (un repas sur deux ou plus) _3 Rarement (moins d'un repas sur deux) _4 Jamais

- Des céréales non sucrées ou du pain :

- _1 Toujours _2 Souvent (un repas sur deux ou plus) _3 Rarement (moins d'un repas sur deux) _4 Jamais

19. Proposez-vous une collation en cours...

- de matinée ? _1 Oui _2 Non

- d'après-midi ? _1 Oui _2 Non

20. Quelle est la durée maximale qu'un enfant ou adolescent (hors enfant polyhandicapé) peut passer à table (en minutes) ?

- Petit déjeuner : ___ min _1 Non concerné (Merci de cocher cette case, si vous ne faites pas d'internat)

- Déjeuner : ___ min

- Dîner : ___ min _1 Non concerné (Merci de cocher cette case, si vous ne faites pas d'internat)

21. Le nombre d'heures consacrées aux temps des repas par le personnel d'encadrement ou par des intervenants extérieurs vous paraît-il satisfaisant ?

- ₁ Tout à fait satisfaisant
- ₂ Plutôt satisfaisant
- ₃ Peu satisfaisant
- ₄ Pas du tout satisfaisant

22. A quelle heure commence le service du dîner ?

___h ___min ₁ Non concerné (Merci de cocher cette case si vous ne faites pas d'internat)

23. A quelle heure commence le service du petit déjeuner ?

___h ___min ₁ Non concerné (Merci de cocher cette case si vous ne faites pas d'internat)

24. Les enfants sont-ils majoritairement satisfaits de(s) l'horaire(s) du dîner ?

- ₀ Non concerné (Merci de cocher cette case si vous ne faites pas d'internat)
- ₁ Oui
- ₂ Non, trop tôt
- ₃ Non, trop tard
- ₄ Ne sait pas

25. Dans l'établissement, les enfants ou adolescents ont-ils accès, de manière autonome, en dehors des heures de repas à des : (plusieurs réponses possibles)

- ₁ Aliments
- ₂ Fontaine d'eau
- ₃ Autres boissons froides
- ₄ Boissons chaudes

26. Le règlement intérieur autorise-t-il la sortie de l'établissement des enfants ou adolescents en journée ? (2 réponses possibles)

- ₁ Oui
 - ₂ Oui sur autorisation des parents
 - ₃ Oui suivant l'âge et l'autonomie des enfants
 - ₄ Non
- Si oui, les enfants ou adolescents ont-ils la possibilité d'acheter des aliments ?
- ₁ Oui
 - ₂ Non

27. Les apports alimentaires (sucreries, fruits, sodas...) fournis par les parents sont-ils tolérés par votre établissement ?

- ₁ Oui
 - ₂ Non
- Si oui, la consommation de ces aliments est-elle encadrée par le personnel de l'établissement ?
- ₁ Oui
 - ₂ Non

28. Les salles à manger bénéficient-elles de mesures d'insonorisation ?

- ₁ Oui
- ₂ Non
- ₃ Partiellement

29. Les salles à manger sont-elles agencées pour améliorer le confort des enfants ou adolescents (par exemple séparation entre les tables, tables rondes...) ?

- ₁ Oui
 - ₂ Non
- Si oui, précisez : _____
- _____

30. Les enfants ou adolescents peuvent-ils manger en terrasse les jours de beau temps ?

- ₁ Oui, tous ou presque
- ₂ Oui, mais seulement les enfants autonomes
- ₃ Non

Animations, activités

31. Au cours des 12 derniers mois, les événements suivants ont-ils eu lieu ?

- Séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux enfants et/ou à leurs familles ? ₁ Oui ₂ Non
- Repas à l'extérieur de l'établissement ? ₁ Oui ₂ Non
- Repas à thème (cuisine étrangère, cuisine du sud-ouest...)? ₁ Oui ₂ Non
- Ateliers cuisine (pâtisserie, découverte de nouveaux goûts...)? ₁ Oui ₂ Non
- Animations (repas, goûter) autour des fêtes et anniversaires ? ₁ Oui ₂ Non
- Autres événements, précisez : _____

32. Combien de fois par semaine sont proposées aux enfants ou aux adolescents des séances d'activités physiques ?

___ / semaine (mettre 0 si moins d'une fois par semaine)

33. Quel type d'activités physiques proposez-vous aux enfants ou adolescents et quel est le lieu de réalisation ?

| Type d'activités physiques proposé : | Lieu de réalisation* : | |
|--------------------------------------|---|---|
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |
| _____ | <input type="checkbox"/> ₁ à l'intérieur de la structure | <input type="checkbox"/> ₂ à l'extérieur de la structure |

*à l'intérieur de la structure = au sein du périmètre de l'établissement

à l'extérieur de la structure = en dehors du périmètre de l'établissement (en ville par exemple)

34. Dans votre établissement, combien d'enfants ou adolescents (hors enfant polyhandicapé) sont en capacité de participer aux séances d'activités physiques ?

_____ enfants (ne sait pas : 999)

Dans tous les cas, précisez le nombre total d'enfants (hors enfant polyhandicapé) présents dans votre établissement : _____ enfants (ne sait pas : 999)

35. En moyenne, durant une semaine, combien d'enfants ou adolescents (hors enfant polyhandicapé) participent à au moins une séance d'activités physiques ?

_____ enfants (ne sait pas : 999)

36. Des séances d'activité physiques spécifiques aux enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité sont-elles organisées dans l'établissement ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, par qui sont-elles assurées ?

₁ Professeur spécialisé en activité physique
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? _____ h/mois

₂ Autre qualification, précisez : _____
→ Nombre d'heures travaillées par mois ? _____ h/mois

37. Le projet personnalisé des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité comporte-t-il un programme d'activités physiques spécifiques ?

₁ Oui ₂ Non

Besoins et attentes

38. Globalement, comment jugez-vous l'alimentation proposée aux enfants ou adolescents dans l'établissement ?

- ₁ Tout à fait satisfaisante
₂ Plutôt satisfaisante
₃ Peu satisfaisante
₄ Pas du tout satisfaisante
₅ Ne se prononce pas

39. Globalement, comment jugez-vous les séances d'activités physiques proposées aux enfants ou adolescents dans l'établissement ?

- ₁ Tout à fait satisfaisante
₂ Plutôt satisfaisante
₃ Peu satisfaisante
₄ Pas du tout satisfaisante
₅ Ne se prononce pas

40. Sous réserve de financement, quelles actions mettriez-vous en place, à ce jour, pour améliorer l'alimentation dans votre établissement ?

| (I seule réponse par ligne) | Très prioritaire ₁ | Prioritaire ₂ | Peu prioritaire ₃ | Pas prioritaire | | Ne sait pas ₆ |
|--|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Inutile ₄ | Déjà fait ₅ | |
| Améliorer la qualité des produits alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer l'organisation de la préparation et du service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des enfants plus adapté et/ou en plus grand nombre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer d'un personnel plus nombreux pour... | | | | | | |
| - la préparation des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la distribution des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - les déplacements et transferts des enfants pour les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - l'aide et la stimulation des enfants pour les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le dépistage et la prise en charge de la dénutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer la communication sur l'alimentation des enfants, sur un plan individuel, entre les différentes équipes de restauration et le personnel d'encadrement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |

41. Existe-t-il des besoins de formation du personnel concernant l'alimentation et la nutrition des enfants ou des adolescents ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, quelles sont selon vous les deux catégories de professionnels concernées en priorité ?

- ₁ médecin ₂ infirmier ₃ aide-soignant
₄ personnel éducatif ₅ personnel de service ₆ personnel de cuisine
₇ personnel administratif

Si oui, précisez vos besoins de formation ?

42. Souhaiteriez-vous que des modèles de procédures/protocoles vous soient proposés pour les situations suivantes ?

| | Oui ₁ | Non ₂ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Dépistage du surpoids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge des enfants en surpoids ou obèses (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge des patients dénutris (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Pourriez-vous nous préciser les coordonnées de la personne à contacter dans le cadre de la mise en œuvre de la deuxième enquête ayant pour objectif principal de mesurer la prévalence du surpoids et de l'obésité ?

NOM : _____
Prénom : _____
Fonction : _____
Téléphone : _____
Email : _____

Commentaires et précisions éventuels :

Nous vous remercions pour votre collaboration.

2. Existe-t-il un dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité lors du suivi d'un enfant ou d'un adolescent sans problème nutritionnel ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, à quel rythme ? fois par an (mettre 0 si moins d'une fois par an)

Si oui, cochez les cases des éléments qui font partie du dépistage :

| | |
|--|--------------------------|
| Mesure du poids | <input type="checkbox"/> |
| Calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC) | <input type="checkbox"/> |
| Bilan kiné | <input type="checkbox"/> |
| Bilan psychomotricité | <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez | <input type="text"/> |

3. Existe-t-il au sein de l'établissement une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids et/ou de l'obésité ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sais pas

4. Disposez-vous au sein de l'établissement :

- D'un pese-personne : ₁ Oui ₂ Non

- D'une toise murale : ₁ Oui ₂ Non

Bilan initial des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité

5. Lors du dépistage d'une obésité, une consultation spécialisée pédiatrique est-elle réalisée ?

₁ Toujours ₂ Souvent (dans plus de la moitié des cas) ₃ Rarement (dans moins de la moitié des cas) ₄ Jamais

Si oui (toujours, souvent ou rarement), celle-ci comprend-elle la recherche de complications (tension artérielle, troubles ostéoarticulaires...), de comorbidités et d'éléments cliniques d'orientation du diagnostic (cause endocrinienne ou obésité syndromique) ?

₁ Oui ₂ Non

6. Comment classez-vous le surpoids ou l'obésité de l'enfant ou de l'adolescent à partir de l'IMC ? (selon quelle référence IOTF ou PNNS* ?)

₁ Pas de classement

₂ IOTF (Surpoids comprenant l'obésité : percentile IOTF 25 ; obésité : percentile IOTF 30)

₃ PNNS (obésité grade 1 : IMC > 97^{ème} percentile références françaises ; obésité grade 2 : IMC > percentile IOTF 30)

₄ Autre, précisez : _____

* - IOTF : International Task Force on Obesity (groupe de travail international sur l'obésité)

- PNNS (Programme national nutrition santé) : disponible sur le site www.sante.gouv.fr, rubrique « les dossiers », « nutrition »

Termes et seuils utilisés pour définir le surpoids et l'obésité :

| Références | Termes utilisés | Seuils |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Cole et coll., 2000 | Surpoids incluant obésité Obésité | Percentile IOTF C-25 Percentile IOTF C-30 |
| Rolland-Cachera et coll., 2002 | Surpoids (incluant obésité) | 97 ^e percentile références françaises |
| Courbes du PNNS*, 2003 | Obésité degré 1 Obésité degré 2 | 97 ^e percentile références françaises Percentile IOTF C-30 |

7. Les notions suivantes sont-elles tracées dans le dossier médical de l'enfant ou de l'adolescent ?

- Le statut pondéral ₁ Oui ₂ Non

- Les objectifs nutritionnels ₁ Oui ₂ Non

- Le suivi des actions mises en œuvre ₁ Oui ₂ Non

Prise en charge des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité

8. Combien d'enfants ou adolescents sont concernés par des problèmes de surpoids ou d'obésité (hors enfant polyhandicapé) ?

____ (noter 0 si aucun)

Précisez dans tous les cas, le nombre total d'enfants dans l'établissement (hors enfant polyhandicapé) : ____
(noter 999 si Ne sais pas)

9. Par qui sont suivis les enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité ? (plusieurs choix possibles)

- ₁ Médecin de l'établissement
₂ Médecin traitant de l'enfant
₃ Autre médecin
₄ Diététicien
₅ Infirmier
₆ Autres personnes, précisez : _____

10. A quelle fréquence actualisez-vous les données staturales-pondérales des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité ?

- ₁ au moins 1 fois tous les 3 mois ₂ 1 fois tous les 6 mois ₃ 1 fois par an ₄ Moins d'une fois par an ₅ Jamais

11. Quels sont les différentes modalités de prise en charge utilisées pour les enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité ?

| | Oui ₁ | Non ₂ |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Conseils diététiques au personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conseils diététiques à l'enfant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Conseils diététiques à la famille | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentation adaptée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Activités physiques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre, précisez | _____ | |
| | _____ | |

12. Existe-t-il au sein de l'établissement une procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité ?

- ₁ Oui ₂ Non

13. Existe-t-il dans votre établissement des menus personnalisés pour les enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité ?

- ₁ Oui ₂ Non

Si oui, qui arrête ces menus personnalisés ? (plusieurs choix possibles)

- ₁ Médecin de l'établissement
₂ Médecin traitant de l'enfant
₃ Autre médecin
₄ Diététicien
₅ Infirmier
₆ Autres personnes, précisez : _____

14. Existe-t-il une surveillance des apports hydriques pour l'enfant ou l'adolescent en surpoids ou en obésité ?

- ₁ Oui ₂ Non

15. Existe-t-il une surveillance des prises alimentaires en dehors des repas pour l'enfant ou l'adolescent en surpoids ou en obésité ?

- ₁ Oui ₂ Non

Prévention du surpoids

16. Actuellement, combien d'enfants (hors enfant polyhandicapé) suivent un régime alimentaire lié à un problème de santé (allergies alimentaires, diabète, surpoids/obésité...)?

____ (noter 0 si aucun et 999 si Ne sais pas)

17. La nécessité de maintenir un régime alimentaire mis en place antérieurement est-elle systématiquement réévaluée à l'entrée dans l'établissement ?

₁ Toujours ₂ Souvent (dans plus de la moitié des cas) ₃ Rarement (dans moins de la moitié des cas) ₄ Jamais

18. Les régimes alimentaires font-ils toujours l'objet d'une prescription médicale ?

₁ Oui ₂ Non

19. Les régimes alimentaires font-ils l'objet d'un protocole écrit ?

₁ Oui, tous ₂ Oui, certains ₃ Non

Si oui, chaque protocole détaille-t-il :

- La composition des repas ? ₁ Oui ₂ Non

- Le rythme de réévaluation de l'enfant (en fonction de la tolérance, de l'efficacité, de l'adéquation avec la situation clinique) ?

₁ Oui ₂ Non

20. Les régimes alimentaires de certains enfants ou adolescents sont-ils adaptés en fonction des médicaments qu'ils prennent ?

₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sais pas

Si oui, précisez pour quel type de médicament une adaptation du régime alimentaire peut être mise en place ?

21. Les échanges d'informations entre personnels éducatifs, d'accompagnement et personnels de restauration concernant l'alimentation et la nutrition des enfants, sur le plan individuel, sont-ils formalisés ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

- Réunions de travail spécifiquement dédiées ? ₁ Oui ₂ Non

- Cahier de liaison (ou équivalent) entre les 2 équipes ? ₁ Oui ₂ Non

- Autre, précisez : _____

Besoins et attentes

22. Globalement, comment jugez-vous l'alimentation proposée aux enfants ou adolescents dans l'établissement ?

- ₁ Tout à fait satisfaisante
₂ Plutôt satisfaisante
₃ Peu satisfaisante
₄ Pas du tout satisfaisante
₅ Ne se prononce pas

23. Globalement, comment jugez-vous les séances d'activités physiques proposées aux enfants dans l'établissement ?

- ₁ Tout à fait satisfaisante
₂ Plutôt satisfaisante
₃ Peu satisfaisante
₄ Pas du tout satisfaisante
₅ Ne se prononce pas

24. A ce jour et sous réserve de financement, quelles actions mettriez-vous en place, pour améliorer l'alimentation dans votre établissement ?

(1 seule réponse par ligne)

| | Très prioritaire ₁ | Prioritaire ₂ | Peu prioritaire ₃ | Pas prioritaire parce que | | Ne sais pas ₆ |
|--|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | Inutile ₄ | Déjà fait ₅ | |
| Améliorer la qualité des produits alimentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer l'organisation de préparation et de service | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des enfants plus adapté et/ou en plus grand nombre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer d'un personnel plus nombreux pour : | | | | | | |
| - la préparation des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - la distribution des repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - les déplacements et transferts des enfants pour les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - l'aide et la stimulation des enfants pour les repas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - le dépistage et la prise en charge de la dénutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Disposer de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer la communication sur l'alimentation des enfants, sur un plan individuel, entre les différentes équipes de restauration et le personnel d'encadrement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des enfants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisez : | | | | | | |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | | | | | | |
| _____ | | | | | | |

25. Existe-t-il des besoins de formation du personnel concernant l'alimentation et la nutrition des enfants ou des adolescents ?

₁ Oui ₂ Non

Si oui, quelles sont selon vous les deux catégories de professionnels concernées en priorité ?

₁ Médecin ₂ Infirmier ₃ Aide-soignant
₄ Personnel éducatif ₅ Personnel de service ₆ Personnel de cuisine ₇ Personnel administratif

Si oui, précisez vos besoins de formation :

26. Utilisez-vous un guide alimentaire pour les enfants ou les adolescents ?

₁ Oui
₂ Non, mais je connais l'existence d'un ou plusieurs guides alimentaires
₃ Non, et je ne connais pas l'existence de guides alimentaires

Si oui, quels guides utilisez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

₁ Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « Guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents », Inpes
₂ Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé du « Guide alimentaire pour tous », Inpes
₃ Guide des ressources en information et éducation nutritionnelles, Inpes
₄ Autres, précisez : _____

27. Souhaiteriez-vous avoir une présentation et/ou un exemplaire de certains de ces guides ?

₁ Oui ₂ Non

28. Souhaiteriez-vous que des modèles de procédures/protocoles vous soient proposés pour les situations suivantes ?

| | Oui ₁ | Non ₂ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Dépistage du surpoids | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge des enfants en surpoids ou obèses (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dépistage de la dénutrition ou du risque de dénutrition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prise en charge des patients dénutris (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Commentaires et précisions éventuels :

Nous vous remercions pour votre collaboration

Bibliographie

CNSA. Guide pour la valorisation des données locales dans le champ du handicap et de la perte d'autonomie. Dossier scientifique. Paris;; 2009.

V G. Test d'évaluation de l'état nutritionnel de la personne âgée : le Mini Nutritional Assessment (MNA). ; 1995.

Hébuterne X. Traité de nutrition de la personne âgée. Paris;; 2009.

Perrin-Haynes J. Les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007. Dress; 2010.

Programme national nutrition santé 2011 2015. ; 2011.

ORS Pays de la Loire. Prévention et prise en charge de la dénutrition dans les structures des Pays de la Loire accueillant des personnes âgées dépendantes. ; 2010.

Groupe d'études des marchés de restauration collective et de nutrition. Recommandation nutrition. ; 2011.

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Deuxième Programme national nutrition santé - 2006-2010 : Actions et mesures. ; 2006.

Haute autorité de santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. ; 2007.

Conseil national de l'alimentation. Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques (Avis n°53). ; 2005.

Fnors. Harmoniser les études en nutrition - Un guide de bonnes pratiques pour les études régionales et locales. Paris;; 2009.

Anaes. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. ; 2003.

ISPED, Drass d'Aquitaine. Prévention de la dénutrition des personnes âgées en institution en Aquitaine - Situation en 2005. ; 2006.

Liste des sigles

Afssa : Agence française de sécurité sanitaire des aliments

Anses : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

ARS : Agence régionale de la santé

Clan : Comité de liaison alimentation nutrition

CNA : Conseil national de l'alimentation

CNO : Complément nutritionnel oral

CRP : Protéine C-réactive

CVS : Conseil de vie social

Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GEMRCN : Groupe d'études des marchés de restauration collective et de nutrition

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

MNA® : Mini nutritional assessment

ORS : Observatoire régional de la santé

PINI : Pronostic inflammatory and nutritional index d'Ingelbleek

PNNS : Programme national nutrition santé

PRS : Projet régional de santé

USLD : Unité de soins de longue durée