

Prévention, dépistage et
prise en charge du surpoids
et de l'obésité dans les
établissements accueillant
des enfants et adolescents
handicapés 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
Elaboration 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	9
Premières propositions de recommandations.....	15
Résultats détaillés	17
Organisation de l'établissement en matière de nutrition.....	17
Projet d'établissement et nutrition.....	17
Intervention d'un diététicien / médecin coordonnateur	17
Utilisation d'un guide alimentaire pour les enfants et adolescents	18
Echanges d'informations	19
Formation du personnel.....	19
La restauration	20
Organisation de la restauration.....	20
Prise en compte des attentes et besoins des enfants et adolescents	27
Activités physiques et animations autour de l'alimentation.....	29
Activité physique	29
Animations autour de l'alimentation	30

Soins liés à la nutrition	31
Dépistage du surpoids ou de l'obésité	31
Bilan initial des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité	32
Prise en charge des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité.....	33
Les régimes alimentaires	35
Besoins et attentes	36
Avis sur l'alimentation dans l'établissement.....	36
Avis sur les activités physiques dans l'établissement	36
Actions à mettre en place pour améliorer l'alimentation dans l'établissement.....	37
Formation du personnel	39
Besoins de modèles de procédures ou de protocoles	40
Annexe - Questionnaires	42
Bibliographie	56
Liste des sigles	57

Introduction et objectifs de l'enquête

Le surpoids et l'obésité constituent un problème majeur de santé publique en raison de leur retentissement potentiel sur la santé et de leur fréquence croissante dans la population. Le surpoids est un déterminant important de la santé qui expose les personnes concernées à de nombreuses maladies cardiovasculaires, métaboliques, articulaires, vésiculaires, cancéreuses et hépatiques, ainsi qu'à une augmentation de la mortalité. Des conséquences sociales ont également été mises en évidence avec l'observation des attitudes négatives et de la stigmatisation, voire de la discrimination dont sont victimes de nombreuses personnes obèses.

L'Alsace a une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne nationale. Le taux d'obésité déclaré chez les personnes âgées de 18 ans ou plus est de 17,8 % contre 14,5 %¹ en France métropolitaine en 2009. Elle est en 2^e position des régions après le Nord-Pas-de-Calais (taux d'obésité de 20,5 %). Chez le jeune enfant², la situation régionale est également préoccupante avec une prévalence du surpoids et de l'obésité supérieure à celle de toutes les autres régions en 2006 (4,7 % des enfants âgés de cinq à six ans étaient obèses et 10,6 % en surpoids vs 3,1 % et 9,1 % pour la France entière).

Concernant plus spécifiquement les enfants et adolescents présentant un handicap, les données de la littérature et les observations cliniques soulignent que les populations présentant une déficience intellectuelle sembleraient particulièrement concernées. En outre, en altérant la motricité globale et la condition physique, le surpoids peut contribuer à accentuer la situation de handicap de ces personnes et à réduire leur participation sociale. Or, la loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a pour objectif de permettre aux personnes en situation de handicap d'accéder à une vie sociale la plus complète possible.

Cette enquête menée auprès des établissements médico-sociaux (EMS) alsaciens accueillant des enfants et adolescents handicapés a pour principaux objectifs de mieux connaître :

- les actions ou organisations mises en place dans les établissements en matière de nutrition pour prévenir le surpoids et l'obésité (formation de personnels, coopérations formalisées ou non avec des acteurs externes à l'établissement...);
- les actions ou organisations mises en place dans les établissements pour repérer et prendre en charge le surpoids et l'obésité.

Ce travail s'inscrit pleinement dans le Projet régional de Santé 2011 - 2015 (PRS) d'Alsace ayant notamment comme priorité de diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et des adolescents de la région.

Cette première étude sera suivie d'un second temps de recueil, permettant de mesurer la prévalence du surpoids et de l'obésité auprès d'un échantillon d'enfants et adolescents présents dans les IME (institut médico-éducatif) et ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique) de la région. Ces deux études ont pour vocation à être reconduites en fin de projet régional de santé (2016), afin d'évaluer les politiques de lutte contre le surpoids et l'obésité mises en œuvre en Alsace auprès de cette population.

¹ Source : Obépi Roche 2009, Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité.

² Source : enquête du cycle triennal auprès des élèves de grande section de maternelle, année scolaire 2005-2006, Drees.

Méthodologie de l'enquête

Population de l'enquête

Les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés sont organisés par type de déficience. Il existe six types d'établissements :

- des instituts médico-éducatifs pour enfants déficients intellectuels (IME),
- des établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (IPEAP),
- des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP),
- des établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs (IEM),
- des instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles (IESDV), de déficiences auditives (IESDA), ou pour des enfants sourds et/ou aveugles.

L'étude a porté sur la totalité des établissements médico-sociaux implantés dans la région, exceptés les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, soit 52 établissements. La prise en charge médicale des patients polyhandicapés³ est spécifique et ces personnes sont davantage touchées par la dénutrition, ce qui explique que ces établissements n'ont pas été inclus dans cette étude.

Parmi ces 52 établissements, 56 % sont implantés sur le département du Bas-Rhin et 44 % sur le Haut-Rhin.

La capacité globale d'accueil de ces 52 structures en Alsace est estimée à près de 3 000 places⁴. 46 % de ces établissements (soit 24) comptent 50 places ou moins et 54 % (soit 28) plus de 50 places.

Recueil des données

Elaboration des questionnaires

Deux questionnaires ont été élaborés pour le recueil des données (cf. annexe p. 42) :

- 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 du surpoids et de l'obésité. Ce questionnaire est destiné au médecin coordonnateur, à défaut au cadre de santé ou à l'infirmier référent.

Les questionnaires ont été élaborés par l'ORS (Observatoire régional de la santé) d'Alsace, en collaboration avec l'ARS (Agence régionale de santé) et le Creai (Centre régional pour l'étude et

³ Le polyhandicap est défini en France au sens du décret du 27 octobre 1989 par un « handicap grave, à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ».

⁴ Source : Finess, extraction du 04/05/2011.

l'action en faveur de l'insertion) 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 deux directeurs et un diététicien d'établissements. Suite à cette réunion les questionnaires ont été ajustés.

Les deux questionnaires comportent une partie commune sur les « attentes et besoins » en matière de prise en charge du surpoids et de l'obésité et de besoins en formation du personnel.

Au sein de ces deux questionnaires la notion « enfant et adolescent » correspond à l'ensemble des jeunes accueillis dans l'établissement, y compris les jeunes adultes.

Déroulement de l'enquête

Les deux questionnaires ont été transmis le 19 octobre 2011 par voie postale aux directeurs d'établissements, qui étaient en charge de transmettre le questionnaire « Soins nutritionnels » aux personnes concernées et de compléter le questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ». 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 (cf. annexe p. 42).

Le délai de réponse suite à ce premier envoi était de 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 le Creai Alsace.

Taux de réponse à l'enquête

Concernant le questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » destiné aux directeurs, 47 questionnaires ont été réceptionnés, correspondant à 50 établissements, étant donné que trois questionnaires ont été renseignés pour deux établissements appartenant à la même entité juridique. Chacun de ces questionnaires a été enregistré deux fois dans la base de données dans la mesure où ils représentent deux établissements, étant donné que la politique en matière de nutrition est la même dans les deux établissements, excepté pour les questions numériques (nombre d'enfants par exemple). Le taux de réponse s'élève donc à 96 %. Les trois quarts des questionnaires ont été renseignés par le directeur ou l'adjoint de direction.

Pour le questionnaire « Soins nutritionnels » destiné au personnel soignant, 45 questionnaires ont été renseignés, correspondant à 48 établissements : trois questionnaires ont été complétés pour deux établissements appartenant à la même entité juridique. Comme dans le cas de l'enquête « Nutrition au sein de l'établissement », ces questionnaires ont été enregistrés deux fois. Le taux de réponse s'élève donc à 92 %. La quasi-totalité des questionnaires a été renseignée par un médecin ou un personnel soignant. Seuls 6 % ont été remplis par un directeur ou directeur adjoint.

Au total, 48 structures, soit 92 %, ont répondu aux deux questionnaires.

Caractéristiques des établissements ayant répondu à l'enquête

Parmi les 50 établissements ayant répondu à un ou aux deux questionnaires de l'enquête, 58 % sont implantés sur le département du Bas-Rhin et 42 % sur le Haut-Rhin.

56 % des établissements accueillent 50 enfants ou moins et 44 % plus de 50.

Le mode d'hébergement le plus répandu parmi les établissements ayant répondu à l'enquête est le semi-internat (86 %), c'est-à-dire que l'enfant est accueilli à la journée dans la structure, incluant le repas de midi. L'internat complet et/ou l'internat semaine, c'est-à-dire que l'enfant est accueilli jour et nuit dans l'établissement, est proposé par 56 % des structures. 22 structures (soit 44 %) proposent les deux modes d'hébergement : le semi-internat et l'internat (complet et/ou semaine).

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 :

- taille de l'établissement (deux classes : inférieur à la médiane / supérieur à la médiane),
- département,
- intervention ou non d'un diététicien / d'un médecin coordonnateur,
- formation du personnel dans les cinq dernières années (2007-2011),
- restauration autogérée ou sous-traitée pour la préparation des repas.

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, six questionnaires « Nutrition au sein de l'établissement » ont été renseignés par le personnel soignant (médecin ou infirmier) et non comme spécifié sur le questionnaire par le personnel de direction. Trois questionnaires « Soins nutritionnels » ont été renseignés par la direction de l'établissement et non comme souhaité par le personnel soignant. Pour huit établissements, les questionnaires « Nutrition au sein de l'établissement » et « Soins nutritionnel » ont été renseignés par la même personne.

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 enfants en surpoids ou en obésité.

Par ailleurs, certaines questions enregistrent des taux de non-réponse élevés. C'est notamment le cas des questions portant sur le rythme de validation des menus, sur le recueil des goûts et préférences alimentaires... Ainsi, certaines questions n'ont pas été exploitées en raison d'un trop grand nombre de réponses manquantes ou lorsqu'elles ont fait l'objet d'une analyse, la proportion de réponses manquantes est précisée.

Synthèse

L'enquête sur le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité dans les établissements médico-sociaux accueillant des enfants et adolescents handicapés en Alsace, réalisée à la demande de l'Agence régionale de santé, a pour principaux objectifs de mieux connaître les actions ou organisations mises en place dans ces établissements pour prévenir, repérer et prendre en charge le surpoids et l'obésité.

L'étude a porté sur la totalité des établissements médico-sociaux implantés dans la région, exceptés les établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés, soit 52 établissements. La prise en charge médicale des patients polyhandicapés⁵ est spécifique et ces personnes sont davantage touchées par la dénutrition, ce qui explique que ces établissements n'ont pas été inclus dans cette étude.

Ces établissements ont été destinataires en octobre 2011 de deux questionnaires, l'un destiné au directeur d'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 96 % pour le premier questionnaire et de 92 % pour le second. Au total, 48 structures, soit 92 %, ont répondu aux deux questionnaires.

Organisation de l'établissement en matière de nutrition

L'axe nutritionnel est inscrit dans le projet d'établissement de 41 % des établissements ayant répondu à l'enquête. Cette proportion est amenée à progresser dans les prochaines années, étant donné que 33 % des structures ont déclaré 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 et 16 % à plus long terme. Seuls 10 % 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.

La mise en œuvre d'une politique nutritionnelle au sein des établissements passe notamment par la présence de personnels formés et en particulier de diététiciens. Seulement 44 % des établissements ayant répondu à l'enquête travaille avec un diététicien (soit 21 établissements). Dans la majorité des cas (73 %) il intervient en tant que « non salarié » de l'établissement. Les structures de petite taille (effectif inférieur à la médiane⁶) emploient moins souvent que les établissements de grandes tailles (effectif supérieur à la médiane) un diététicien, les proportions étant respectivement de 25 % et de 64 %.

En revanche, la grande majorité des établissements emploie un médecin coordonnateur (74 %) qui dans 74 % des cas fait partie de l'effectif salarié de la structure.

En définitif, parmi les répondants à l'enquête, 17 établissements emploient un diététicien et un médecin coordonnateur au sein de sa structure, et 9 n'emploient ni l'un ni l'autre.

⁵ Le polyhandicap est défini en France au sens du décret du 27 octobre 1989 par un « handicap grave, à expressions multiples avec déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde, et entraînant une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation ».

⁶ 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 50 enfants et effectif supérieur ou égal à 51.

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

- la majorité des établissements (72 %) font valider leurs menus (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) par un responsable de cuisine accompagné ou non d'un autre professionnel. La validation par un diététicien est un peu moins fréquente (56 %) et la validation par un médecin coordonnateur rare (9 %) ;
- seulement trois établissements sur cinq (58 %) disposent d'un cahier des charges concernant la restauration, document qui précise les règles d'organisation de la restauration et notamment les caractéristiques quantitatives et qualitatives des repas ;
- pour les établissements disposant d'un cahier des charges de la restauration, dans plus de 8 cas sur 10, ce dernier comporte un plan alimentaire, ayant pour objectif de respecter variété et équilibre alimentaire au fil des semaines.

Des progrès restent également à faire quant à la formation du personnel. Seulement un établissement sur deux déclare avoir organisé des formations ou des réunions d'échanges concernant la nutrition au cours des cinq dernières années (2007-2011).

Toutefois, que ce soit pour le personnel de direction ou le personnel soignant, un fort besoin de formation, destiné prioritairement au personnel éducatif et au personnel de cuisine ressort de l'enquête. Ils sont également fortement demandeur de modèles de procédures sur le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité et dans une moindre mesure sur la dénutrition.

Le Groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition (GEMRCN), dans ses recommandations, précise que la formation des équipes de restauration à la nutrition doit constituer un impératif pour les collectivités publiques et leurs établissements, qui doivent recourir aux services de personnels qualifiés tels que les diététiciens et les nutritionnistes.

Repas et collations

Plus de la moitié des établissements (54 %) sous-traite la préparation des repas. Parmi eux, ils sont seulement 26 % à avoir un axe nutritionnel dans leur projet d'établissement, contre 57 % pour ceux qui gèrent en interne la préparation des repas.

Sur le département du Haut-Rhin, les établissements sous-traitent davantage la préparation des repas que dans ceux du Bas-Rhin, respectivement 71 % et 41 %.

Adaptation des repas aux besoins des enfants et adolescents

Parmi les établissements réalisant de l'internat (semaine et/ou complet), la moitié répond bien à la recommandation relative à la nutrition du GEMRCN, en proposant « toujours » ou « souvent » au petit déjeuner les trois composantes suivantes : produit laitier, fruit ou jus de fruit et céréales non sucrées ou du pain.

La collation du matin est proposée par près d'un établissement sur deux (47 %), celle de l'après-midi par un peu plus d'un établissement sur deux (56 %) et près d'un établissement sur quatre propose la collation du matin et de l'après-midi. Le GEMRCN précise que la collation matinale en milieu scolaire, compte tenu de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, ne doit être ni systématique, ni

obligatoire. L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (ANSES)⁷ a recommandé sa suppression, estimant qu'elle est un facteur de modification des rythmes alimentaires et d'excès caloriques.

La CNA (Conseil national de l'alimentation) dans son avis n°47 sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA, considère que le temps de repas ne doit pas être inférieur à 30 minutes. Si on se réfère également à l'avis n°53 portant sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, le temps consacré au repas ne devrait pas être inférieur à 30 minutes au petit déjeuner, à 45 minutes au repas du soir et à 1 heure au repas de midi, afin de permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir. En outre, dans cet avis, le CNA préconise un jeûne nocturne inférieur à 12 heures.

Seuls six établissements déclarent une durée maximale pour le petit-déjeuner de 20 minutes ou moins, pour tous les autres, la durée est de 30 minutes ou plus.

Pour le déjeuner et le dîner, près d'un établissement sur deux déclare que la durée maximale qu'un enfant peut passer à table est d'une heure ou plus. La durée minimum déclarée est de 30 minutes.

Pour près de 9 établissements sur 10 (89 %) réalisant de l'internat complet et/ou semaine, la période de jeûne nocturne, c'est-à-dire le temps écoulé entre la distribution du dîner et du petit déjeuner est inférieure à 12 heures.

Prise en compte des attentes des enfants et adolescents

La prise en compte des attentes et besoins nutritionnels des enfants et adolescents est insuffisante. Dans moins d'un établissement sur deux, un recueil des goûts est effectué à l'admission de l'enfant. Lorsque ce recueil est effectué, il est réalisé à partir d'un questionnaire standardisé dans plus de la moitié des structures. De plus, moins d'un établissement sur cinq propose aux enfants la possibilité de choisir les composantes de leur repas.

Par ailleurs, dans seulement un établissement sur deux (47 %), des avis concernant l'alimentation sont formulés une à deux fois par an par le conseil de vie sociale (CVS) ou son équivalent institutionnel.

La très grande majorité des répondants à l'enquête considère que, dans leur établissement, l'alimentation proposée aux enfants est satisfaisante : elle est jugée « tout à fait satisfaisante » et « plutôt satisfaisante » par respectivement 20 % et 63 % du personnel de direction et par 9 % et 70 % par le personnel soignant. Cette enquête n'a pas permis de recueillir l'avis des enfants et adolescents accueillis dans ces établissements.

Activités physiques et animations autour de l'alimentation

Tous les établissements proposent des activités physiques à tous les enfants présents, mais peu proposent des activités spécifiques aux jeunes en surpoids ou en obésité, seulement un sur cinq.

La majorité des établissements, que ce soit du point de vue du personnel de direction ou du personnel soignant, juge satisfaisante les séances d'activités physiques proposées aux enfants.

⁷ Afssa – nouvellement Anses : Avis sur la collation en milieu scolaire, 23 janvier 2004 – Education nationale : note du 25 mars 2004.

Seulement 30 % des établissements ont déclaré avoir organisé des séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux enfants et/ou à leur famille au cours des douze derniers mois. En revanche, la grande majorité des structures a organisé 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.

Surpoids et obésité

Dépistage du surpoids et de l'obésité

Plus de huit structures sur dix (83 %) déclarent réaliser un dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité des enfants ou adolescents à l'entrée en établissement. Parmi les éléments proposés, la mesure du poids est réalisée par tous les établissements. En revanche, ils sont seulement deux tiers (64 %) à calculer l'IMC (Indice de masse corporelle) et seulement 36 % à réaliser un bilan psychomotricité et 13 % un bilan kiné.

Près de la totalité des établissements (96 %) déclare réaliser un dépistage du surpoids et de l'obésité lors du suivi des enfants sans problème nutritionnel. Pour ce dépistage, la mesure du poids est réalisée par tous les établissements et le calcul de l'IMC par 65 %. La fréquence de la réalisation de ce dépistage varie selon les établissements : 47 % des structures réalisent un dépistage une fois par an, 35 % deux à trois fois par an et 19 % plus de trois fois par an.

En revanche, très peu d'établissements (11 %) disposent d'une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids ou de l'obésité.

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

Au sein des établissements, les différentes modalités de prise en charge utilisées pour les enfants en surpoids ou en obésité, comme le recommande la Haute autorité de santé (HAS), sont :

- des conseils diététiques à la famille et à l'enfant (dans plus de 90 % des structures),
- des conseils diététiques au personnel (89 %),
- une alimentation adaptée (74 %),
- des séances d'activités physiques (74 %).

Le suivi des enfants en surpoids ou en obésité est réalisé le plus souvent par le médecin traitant de l'enfant. La quasi-totalité des établissements (excepté un) déclare qu'il n'existe pas au sein de leur structure une procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité.

Plus d'un établissement sur deux (56 %) propose des menus personnalisés pour les enfants en surpoids ou en obésité, proportion qui varie suivant la taille de l'établissement : 46 % pour les petits établissements et de 70 % pour ceux ayant un effectif supérieur ou égal à la médiane.

De plus, les trois quarts des établissements réalisent une surveillance des prises alimentaires des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité en dehors des repas.

Actions à développer pour améliorer l'alimentation dans l'établissement

Cette enquête a également permis de mettre en évidence, à l'aide de quatorze actions proposées, les besoins et attentes du personnel de direction et du personnel soignant pour améliorer l'alimentation dans leur établissement.

Les quatre actions jugées comme les plus prioritaires (« Très prioritaire » ou « Prioritaire ») sont les mêmes pour le personnel de direction et le personnel soignant, seul l'ordre d'importance varie. Les quatre actions suivantes sont citées par plus des deux tiers des structures :

- Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire ;
- Améliorer la qualité des produits alimentaires ;
- Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des enfants ;
- Améliorer la communication sur l'alimentation des enfants, sur un plan individuel, entre les différentes équipes de restauration et le personnel d'encadrement.

D'autres actions portant sur du personnel plus nombreux pour le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, pour la préparation des repas, pour la distribution des repas et également sur le développement de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...) sont citées par près de la moitié des établissements.

Enfin, 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 deux actions suivantes :

- Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des enfants plus adapté et/ou en plus grand nombre (32 % des établissements pour le personnel de direction et 52 % pour le personnel soignant) ;
- Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...): 33 % des établissements pour le personnel de direction et 25 % pour le personnel soignant.

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 du surpoids et de l'obésité ;
- Prise en charge et suivi des enfants en surpoids ou en obésité.

À titre d'exemple, seuls 11 % des établissements ayant répondu à l'enquête disposent d'une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids ou de l'obésité des enfants.

À l'opposé, 92 % des structures ayant répondu à l'enquête donnent des conseils diététiques à la famille et à l'enfant lorsque ce dernier est en surpoids ou en obésité.

Sur les 24 indicateurs présentés, 14 sont mis en pratique par plus de 50 % des établissements ayant répondu à l'enquête et seulement cinq sont mis en application par moins d'un tiers des structures.

Ceci témoigne d'une réelle mobilisation des établissements. 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 83 % d'établissements qui réalisent un dépistage du surpoids et de l'obésité à l'admission d'un enfant est insuffisant, tant cette pratique devrait être systématisée.

Tableau 1 : Pourcentage d'établissements ayant des pratiques favorables

Dépistage de la dénutrition : dispose d'une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids ou de l'obésité	11%
Orga. repas : choix des composants des repas	22%
Activité physique : programme d'activités physiques spécifiques pour les enfants en surpoids ou en obésité	24%
Autres activités : organisation de séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux résidents et/ou à leurs familles au cours de la dernière année	30%
Activité physique : trois fois ou plus par semaine	31%
Orga. générale : axe nutritionnel dans le projet d'établissement	41%
Orga. générale : travail avec un diététicien	44%
Orga. repas : recueil des goûts de l'enfant à l'admission	48%
Orga. repas : durée des repas - déjeuner (1 heure ou plus)	48%
Org. générale : organisation de formations ou réunions d'échanges concernant la nutrition au cours des 5 dernières années (2007-2011)	49%
Orga. repas : petit déjeuner comprenant "toujours" ou "souvent" les trois composantes suivantes : produit laitier, fruit ou jus de fruit et céréales non sucrées ou du pain	50%
Dépistage du surpoids ou de l'obésité : 2 fois ou plus par an	54%
Prise en charge / suivi des enfants en surpoids ou en obésité : menus personnalisés pour les enfants en surpoids ou en obésité	56%
Orga. repas : collation d'après-midi	56%
Orga. générale : dispose d'un cahier des charges concernant la restauration	58%
Dépistage du surpoids ou de l'obésité : IMC	65%
Orga. générale : travail avec un médecin coordonnateur	74%
Prise en charge / suivi des enfants en surpoids ou en obésité : surveillance des prises alimentaires en dehors des repas	75%
Orga. repas : durée des repas - petit-déjeuner (30 minutes ou plus)	77%
Orga. repas : durée des repas - dîner (45 minutes ou plus)	79%
Dépistage du surpoids ou de l'obésité : à l'admission d'un enfant dans l'établissement	83%
Orga. repas : présence d'une instance permettant de discuter des menus	86%
Orga. repas : jeûne nocturne inférieur à 12 h	89%
Prise en charge / suivi des enfants en surpoids ou en obésité : conseils diététiques à la famille et à l'enfant	92%

Note de lecture :

L'échelle de couleur permet de mettre en évidence la proportion d'établissements répondant le moins favorablement (en rouge) et le plus favorablement (en vert) à certaines pratiques en matière de restauration et de soins nutritionnels.

Premières propositions de recommandations

- Inscription dans le CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), qui fixe, pour les établissements de santé et médico-sociaux, les objectifs quantifiés des activités et équipements pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définit les conditions de mise en œuvre, d'un axe nutritionnel.
- Inviter les établissements à mutualiser la présence de diététiciens de façon à permettre à toutes les structures et en particulier aux plus petites d'entre elles de disposer de cette compétence.
- Encourager la présence des diététiciens aux instances de validation des menus qui devraient être examinés au moins une fois par mois.
- Encourager la surveillance de l'IMC systématiquement chez tous les enfants et adolescents à l'entrée et lors du suivi en traçant la courbe de corpulence de poids et la courbe de taille.
- Informer et former le personnel éducatif sur l'alimentation de l'enfant et de l'adolescent et sur les bienfaits de l'activité physique et les dangers de la sédentarité.
- Former le personnel de restauration au respect des règles nutritionnelles.
- Former le personnel de soin à la prise en charge des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.
- Eléments pouvant être inscrits dans un cahier des charges en annexe du CPOM :
 - À la fin du CPOM, tous les médecins doivent avoir reçu une formation à la nutrition ;
 - Réduction de la fréquence des collations matinales ou les remplacer par un fruit ;
 - Consacrer au moins 30 minutes au petit déjeuner ;
 - Sensibiliser les enfants et les familles aux repères nutrition et en particulier à l'intérêt de limiter l'apport de sucreries et aux bienfaits d'un rythme de vie sain et de l'activité physique ;
 - Pour les enfants en surpoids ou obèses, associer les parents à l'élaboration du projet de vie et de soins ;
 - Procédure écrite sur le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité (proposer des modèles de procédures ou même accompagner les petits établissements) ;
 - Respect des trois heures d'activité physique par semaine (trois fois une heure) ;

- Offrir aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses une activité physique adaptée, dans le cadre des séances collectives, c'est-à-dire sans pour autant organiser des séances particulières destinées à ce public ;
- Favoriser le recrutement d'enseignants en activité physique adaptée ;
- Veiller au respect des recommandations relatives à la nutrition (Observatoire économique de l'achat public - 4 mai), notamment celle concernant la réalisation d'un cahier des charges sur la restauration comprenant l'élaboration du plan alimentaire ;
- Réévaluer la nécessité de maintenir un régime prescrit précédemment par un médecin.

Résultats détaillés

Organisation de l'établissement en matière de nutrition

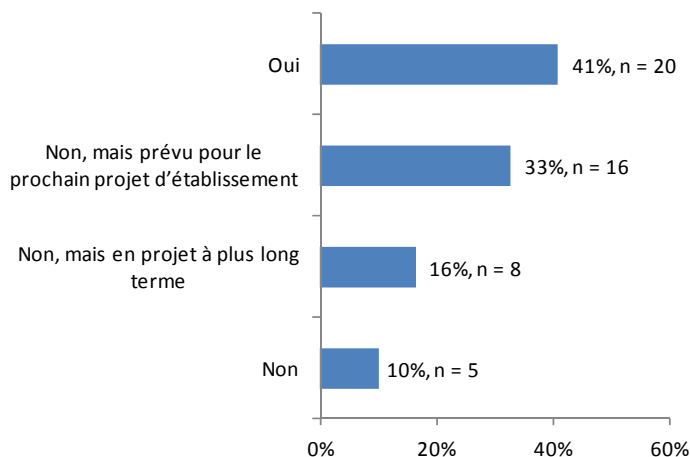
Projet d'établissement et nutrition⁸

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 ».

L'axe nutritionnel est inscrit dans le projet d'établissement de 41 % des établissements ayant répondu à l'enquête

En outre, 33 % 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 et 16 % à plus long terme. Seuls 10 % 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



Intervention d'un diététicien / médecin coordonnateur⁹

2 établissements sur 5 emploient un diététicien

Un diététicien intervient dans 44 % des établissements ayant répondu à l'enquête, soit 21 établissements. Dans la majorité des cas (73 %), il intervient en tant que « non salarié » de l'établissement.

⁸ Dans ce paragraphe est traité la question 3 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

⁹ Dans ce paragraphe sont traités les questions 6 et 7 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Les établissements de petite taille (effectif inférieur à la médiane¹⁰) emploient moins souvent que les établissements de grande taille (effectif supérieur à la médiane) un diététicien, les proportions étant respectivement de 25 % et de 64 % ($p < 0,01$).

Compte tenu du faible taux de réponse à la question portant sur le temps de travail exercé par un diététicien dans la structure, il n'est pas possible d'apporter plus de précision sur ce sujet.

3 établissements sur 4 emploient un médecin coordonnateur

La grande majorité des établissements emploie un médecin coordonnateur (74 %, soit 37 établissements) qui dans 74 % des cas fait partie de l'effectif salarié de la structure. Près de 70 % des médecins (salarié ou autre statut) travaillent 35 heures ou moins par mois dans l'établissement et 83 % moins d'un mi-temps par mois.

Dix-sept établissements emploient un diététicien et un médecin coordonnateur au sein de leur structure, et 9 n'emploient ni l'un ni l'autre

Utilisation d'un guide alimentaire pour les enfants et adolescents¹¹

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, notamment le guide alimentaire pour tous et le guide nutrition des enfants et ados pour tous les parents. Ces guides sont disponibles en téléchargement et sur demande auprès de l'Institution nationale de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes - www.inpes.sante.fr/).

Peu d'établissements utilisent un guide alimentaire pour les enfants ou les adolescents...

Lors de l'enquête, le personnel de direction et le personnel soignant ont été interrogés sur l'utilisation ou non de guide alimentaire pour les enfants ou les adolescents de l'Inpes.

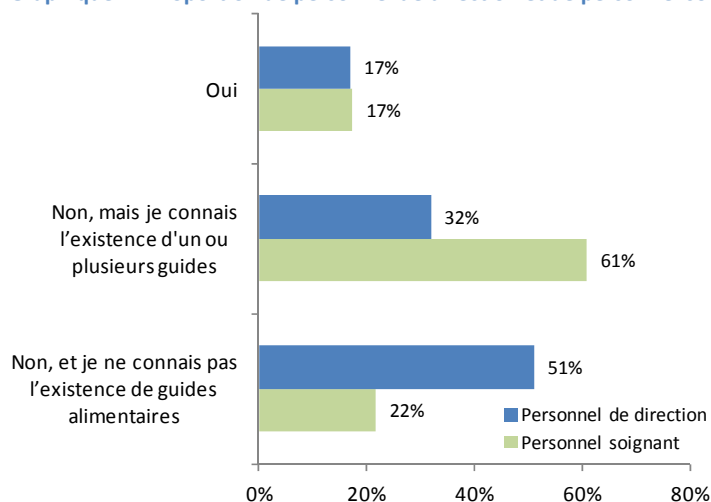
Concernant le personnel de direction, seuls 17 % des établissements, soit 8 structures, déclarent utiliser un guide alimentaire pour les enfants et adolescents. Plus de quatre répondants sur cinq (83 %) déclarent ne pas utiliser de guide alimentaire, soit 39 établissements et, parmi eux, 24 indiquent même ne pas connaître l'existence de tels guides (51 %).

Pour le personnel soignant, ils sont également 83 % à déclarer ne pas utiliser de guide. Mais parmi ces établissements, ils sont 61 % à connaître leur existence contre 32 % pour le personnel de direction.

¹⁰ 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 50 et effectif supérieur ou égal à 51.

¹¹ Les questions 18 et 19 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » et les questions 26 et 27 du questionnaire « Soins nutritionnels » sont traitées dans ce paragraphe.

Graphique 2 : Proportion de personnel de direction et de personnel soignant déclarant utiliser un guide alimentaire



... mais nombreux sont ceux qui y portent intérêt

La grande majorité des structures, autant du point de vue du personnel de direction (92 %), que du personnel soignant (87 %), souhaiterait avoir une présentation et/ou un exemplaire de certains de ces outils.

Echanges d'informations¹²

Des échanges d'informations concernant la nutrition des enfants formalisés dans plus de la moitié des structures

Plus de la moitié des établissements (56 %) déclare que des échanges d'informations concernant l'alimentation et la nutrition des enfants sur le plan individuel sont formalisés entre le personnel éducatif, d'accompagnement et de restauration.

Parmi les deux modalités d'échanges proposées par le questionnaire, les réunions de travail spécifiquement dédiées sont les plus souvent citées (74 %), devant les outils de type cahier de liaison entre les équipes (48 %).

Formation du personnel¹³

Un établissement sur deux déclare avoir organisé des formations ou des réunions d'échanges concernant la nutrition au cours des cinq dernières années

Près d'un établissement sur deux (49 %) a organisé des formations ou des réunions d'échanges, de sensibilisation des personnels concernant la nutrition des enfants ou adolescents au cours des cinq dernières années (2007 – 2011).

Ces structures étaient invitées, au travers d'une question ouverte, à préciser les intitulés des formations ou des réunions d'échanges réalisées. Elles évoquent majoritairement :

- des réunions d'échanges entre le personnel (notamment le personnel éducatif) et un diététicien (diététicien de la structure ou par un diététicien appartenant à un service de

¹² Cette partie traite la question 21 du questionnaire « Soins nutritionnels ».

¹³ Cette partie traite la question 8 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

restauration collective) ou un médecin sur l'équilibre alimentaire : 11 établissements concernés ;

- des réunions d'échanges réalisées dans le cadre de la commission des menus (ou commission restauration) : 5 établissements.

La proportion d'établissements ayant organisé des formations ou des réunions d'échanges est nettement plus élevée sur le département du Haut-Rhin que du Bas-Rhin, respectivement de 62 % et de 34 % ($p < 0,05$).

La restauration

Organisation de la restauration¹⁴

Gestion de la restauration

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

Plus de la moitié des établissements sous-traite la préparation des repas

Plus d'un établissement sur cinq (22 %, soit 11 établissements) ayant répondu à l'enquête sous-traite l'ensemble des activités liées à la restauration, c'est-à-dire l'élaboration des menus, l'achat des denrées alimentaires, la préparation des repas et le service des repas.

Le service des repas est l'activité la moins souvent sous-traitée, seulement un établissement sur quatre la sous-traite (24 %), alors que pour les trois autres activités (élaboration des menus, achat des denrées alimentaires et préparation des repas), le taux de sous-traitance s'élève à 54 %.

Parmi les 27 établissements sous-traitant la préparation des repas, 11 font procéder à la préparation au sein de la structure et 16 à l'extérieur. En outre, pour 11 établissements des fiches techniques des produits et/ou des plats livrés sont fournies par le prestataire (12 établissements n'en possèdent pas et trois ont répondu *Ne sait pas*).

Les établissements qui sous-traitent la préparation des repas, possèdent moins fréquemment que ceux qui la gèrent en interne un axe nutritionnel dans leur projet d'établissement, respectivement 26 % et 57 % ($p < 0,025$).

Sur le département du Haut-Rhin, 71 % des établissements (soit 15 établissements sur 21) sous-traitent la préparation des repas contre 41 % (soit 12 établissements sur 29) pour ceux du Bas-Rhin ($p < 0,05$).

¹⁴ Dans cette partie sont traitées les questions 9-13, 15, 17-28, 29 et 30 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Cahier des charges de la restauration

Trois établissements sur cinq (58 %) disposent d'un cahier des charges concernant la restauration

26 établissements, soit 58 % des établissements ayant répondu à la question (cinq n'ont pas répondu) ont déclaré posséder un cahier des charges concernant la restauration. Cette proportion est de 41 % sur le département du Bas-Rhin et de 67 % sur le Haut-Rhin ($p < 0,05$).

Parmi les structures disposant d'un cahier des charges concernant la restauration, 11 déclarent qu'il a été élaboré ou actualisé à partir du rapport suivant : 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'Observatoire économique de l'achat public (OEAP) et actualisée par le Conseil scientifique de l'OEAP le 15 juin 2011.

Ce cahier des charges comporte un plan alimentaire, ayant pour objectif de respecter variété et équilibre alimentaire au fil des semaines, dans plus de 8 cas sur 10 (84 %, soit 21 établissements), validé en grande majorité par un diététicien. Ce plan est établi en moyenne pour quatre semaines et comporte pour 16 structures des cycles été/hiver (2 ont répondu Non, 2 Ne sait pas et 1 n'a pas répondu à la question).

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)

Afin d'aider les acheteurs publics à élaborer le cahier des charges de leurs contrats de restauration collective, le GEMRCN a établi une nouvelle recommandation relative à la nutrition (n°J5-07 du 4 mai 2007 se substituant à la recommandation n°J3-99 du 6 mai 1999 rééditée en 2001) qui a été mise à jour et validée par le Conseil scientifique de l'OEAP le 15 juin 2011, pour tenir compte des avancées que les récents travaux de réglementation de la nutrition scolaire ont permis, et assurer ainsi la concordance entre réglementation et recommandation. Les présentes recommandations nutritionnelles couvrent toutes les populations, y compris la petite enfance, quelle que soit la structure publique de restauration, professionnelle, éducative, de soins, carcérale ou militaire. Cette nouvelle recommandation a pour but d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas, compte tenu des données nouvelles concernant la santé publique, notamment la montée inquiétante du surpoids et de l'obésité, et des priorités nutritionnelles nationales établies dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS). À cette fin, ce document indique les objectifs prioritaires à atteindre.

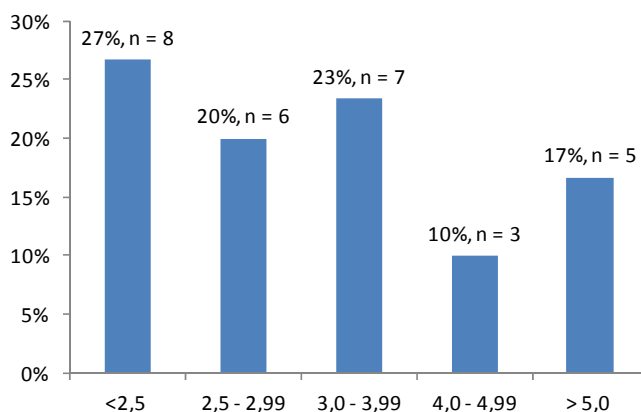
Coût moyen d'une journée alimentaire

La majorité des établissements (86 %) ont déclaré connaître le coût moyen d'une journée alimentaire, boissons comprises, d'un enfant et/ou d'un adolescent, hors enfant polyhandicapé¹⁵ (43 établissements ont répondu Oui, 4 Non et 3 n'ont pas répondu à cette question).

Parmi les 43 établissements ayant déclaré disposer de places en semi-internat, 38 ont indiqué connaître le coût moyen d'une journée alimentaire, et parmi eux 31¹⁶ ont précisé le coût. Ainsi, en semi-internat, le coût moyen déclaré est de 3,4 euros et il varie de 1,7 euros à 8,0 euros.

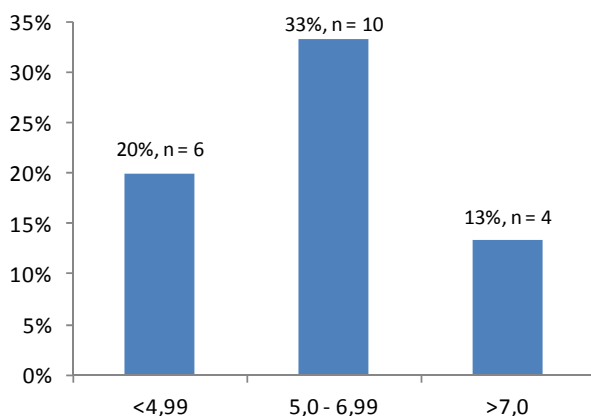
¹⁵ Du fait que la prise en charge médicale des patients polyhandicapés est spécifique et qu'ils sont davantage touchés par la dénutrition, les enfants et adolescents polyhandicapés n'ont pas été inclus dans cette étude.

Graphique 3 : Répartition des établissements selon le coût moyen d'une journée alimentaire – semi-internat



Concernant les 29 établissements ayant déclaré disposer de places en internat complet et/ou en internat semaine, 25 déclarent connaître le coût moyen d'une journée alimentaire et parmi eux 23¹⁷ ont précisé ce coût. Ainsi, le coût moyen déclaré est de 5,8 euros et il varie de 3,1 euros à 13,4 euros¹⁸.

Graphique 4 : Répartition des établissements selon le coût moyen d'une journée alimentaire – internat complet et internat semaine



Validation des menus

La validation des menus porte sur le respect de l'équilibre alimentaire quotidien et une offre alimentaire variée.

Le responsable de cuisine valide les menus dans plus de 7 établissements sur 10

Les menus (composition alimentaire de la journée, fréquence des plats) sont validés dans 72 % des établissements par un responsable de cuisine accompagné ou non d'un autre professionnel.

¹⁶ Parmi ces 31 établissements, 2 établissements n'ont pas été inclus dans l'analyse étant donné qu'une valeur est aberrante et qu'une autre a été calculée en prenant en compte le coût moyen d'une journée alimentaire pour les enfants polyhandicapés.

¹⁷ Parmi ces 23 établissements, 3 établissements n'ont pas été inclus dans l'analyse étant donné que deux valeurs sont aberrantes et qu'une autre a été calculée en prenant en compte le coût moyen d'une journée alimentaire pour les enfants polyhandicapés.

¹⁸ Les écarts de coût entre établissements peuvent s'expliquer par le fait que dans la question posée, la méthode de calcul n'était pas précisée.

La validation par un diététicien est un peu moins fréquente (56 %) et la validation par un médecin coordonnateur rare (9 %).

A noter que 18 établissements déclarent disposer d'un cahier des charges de la restauration, comprenant ou non un plan alimentaire, et faisant valider les menus par un diététicien ou un médecin coordonnateur. À l'opposé, 11 établissements ne disposent pas de cahier des charges de la restauration et ne font pas valider les menus par un diététicien ou un médecin coordonnateur.

Le rythme de validation des menus a été mentionné par seulement 64 % des établissements. Pour 70 % d'entre eux, les menus sont validés 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*

Menu validé...	Cahier des charges concernant la restauration			
	Dispose d'un cahier des charges avec un plan	Dispose d'un cahier des charges sans plan	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	4	2
... par un responsable cuisine mais pas par un diététicien ou par un médecin coordonnateur	1	5	7	0
... par un diététicien ou un médecin coordonnateur	3	15	8	4

* : 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.

Note de lecture :

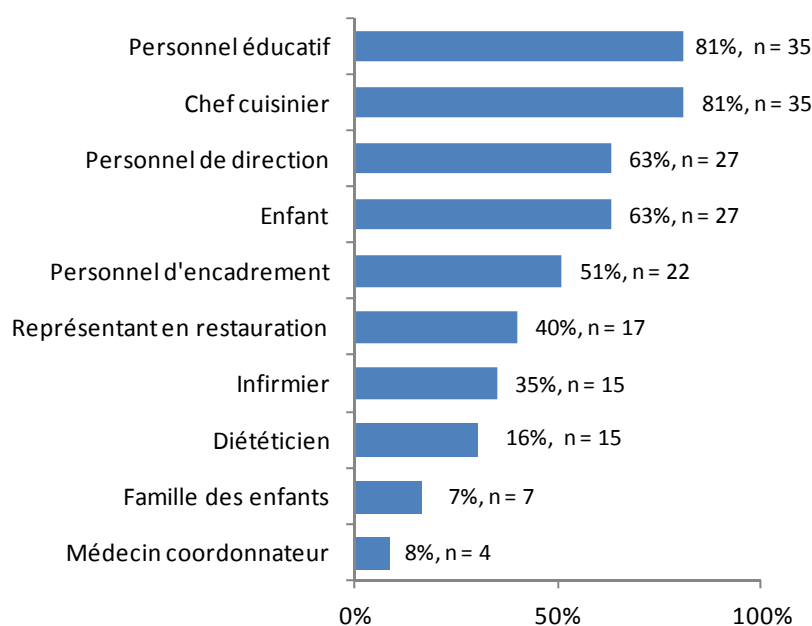
Les cellules en rouge décrivent les situations les moins satisfaisantes et celles en vert les situations les plus satisfaisantes.

Une instance permettant de discuter des menus présente dans la majorité des établissements (86 %)

Dans cette instance, les personnels les plus représentés sont : le personnel éducatif et le chef cuisinier (cité chacun par 81 % des établissements), puis les enfants et le personnel de direction (63 % chacun) et le personnel d'encadrement (51 %).

Parmi les établissements déclarant employer un diététicien et disposant d'une instance permettant de discuter des menus (soit 20 structures), pour 15 d'entre-elles le diététicien participe à cette instance. Concernant la participation du médecin coordonnateur à ce type d'instance, elle est nettement moindre, étant donné que sur les 35 établissements disposant d'un médecin coordonnateur et ce type d'instance, seulement 4 déclarent que le médecin y participe.

Graphique 5 : Participants aux instances permettant de discuter des menus



60 % des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent qu'il existe dans leur structure des menus personnalisés pour les enfants ou les adolescents en surpoids ou obèses. Ces menus sont arrêtés principalement par le médecin de l'établissement et/ou le médecin traitant (dans 89 % des cas).

Composition du petit-déjeuner

Selon l'Observatoire économique de l'achat public – recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007 - Approuvé par la décision n° 2007-17 du 4 mai 2007 du Comité exécutif de l'OEAP, le petit déjeuner des enfants scolarisés, adolescents, adultes et personnes âgées en cas de portage à domicile, doit être composé de trois à sept éléments selon le type de population servi en restauration collective :

- *une boisson : café, café décaféiné, thé, chocolat, tisane, chicorée etc. ;*
- *un élément céréalier : pain, biscottes, ou autre produit céréalier ;*
- *un élément lipidique : beurre etc.;*
- *un élément sucré : confiture, gelée, miel, etc. ;*
- *un fruit, un jus de fruit, une compote ou une purée de fruit, etc ;*
- *du lait, un yaourt, fromage ou autre produit laitier ;*
- *un autre élément protidique : jambon, œuf, etc.*

Il est spécifié également qu'en restauration scolaire ou pour l'adulte en bonne santé, il est recommandé que le petit déjeuner comporte au minimum trois éléments, qui sont : un aliment céréalier, un produit laitier et une boisson ou un jus de fruit.

En outre, en restauration scolaire la seule boisson recommandée est l'eau. L'eau du réseau public doit être à disposition des convives sans restriction de quantité, et fraîche de préférence. Il est déconseillé de distribuer des boissons sucrées.

Un produit laitier est très fréquemment proposé au petit-déjeuner

Concernant le petit-déjeuner, et donc les établissements proposant de l'internat, tous déclarent proposer « toujours » (93 %) ou « souvent (un repas sur deux) » (7 %) un produit laitier. En revanche, un fruit ou un jus de fruit sont plus rarement proposés :

- 41 % déclarent « jamais » ou « rarement (moins d'un repas sur deux) » proposer des fruits ou jus de fruit,
- 59 % « toujours » ou « souvent ».

Enfin, 83 % des établissements réalisant de l'internat proposent « toujours » (77 %) ou « souvent » (6 %) des céréales non sucrées ou du pain et 17 % déclarent en proposer que « rarement ».

Ainsi, parmi les établissements réalisant de l'internat, la moitié d'entre eux répondent bien à la recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007, en proposant « toujours » ou « souvent » au petit déjeuner les trois composantes suivantes : produit laitier, fruit ou jus de fruit et céréales non sucrées ou du pain.

Au déjeuner, l'ensemble des établissements propose de l'eau aux enfants ou adolescents

Seule un peu plus d'une structure sur dix (12 %) propose également des boissons sucrées (y compris jus de fruit et sirop).

Durée et horaire des repas

La CNA dans son avis 47 sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs, considère que le temps de repas ne doit pas être inférieur à 30 minutes. Si on se réfère également à l'avis 53 portant sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, le temps consacré au repas ne devrait pas être inférieur à 30 minutes au petit déjeuner, à 45 minutes au repas du soir et à 1 heure au repas de midi, afin de permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir. En outre, dans cet avis la CNA préconise un jeûne nocturne inférieur à 12 heures.

Les établissements ont été interrogés sur la durée maximale qu'un enfant (hors enfant polyhandicapé) peut passer à table au petit-déjeuner, au déjeuner et au dîner et également sur l'heure de service du petit-déjeuner et du dîner pour mettre en évidence la période de jeûne nocturne, c'est-à-dire le temps écoulé entre la distribution du dîner et du petit déjeuner.

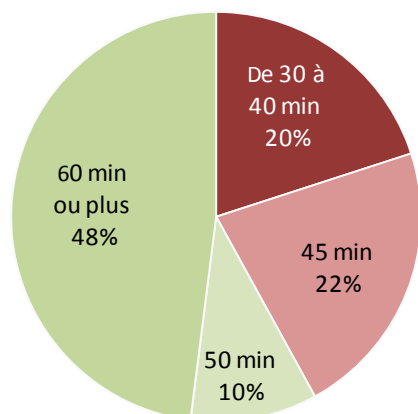
La durée maximale du petit déjeuner est de 30 minutes ou plus dans plus des trois quarts des structures réalisant de l'internat complet et/ou de l'internat semaine (77 %, soit 22 établissements). Pour six établissements, la durée maximale est de 20 minutes ou moins.

Le petit-déjeuner est servi selon les établissements, au plus tôt à 6h30 et au plus tard à 9h00. Pour 45 % des structures, le service du petit-déjeuner commence avant 7h30, pour 48 % entre 7h30 et 8h00 et pour deux établissements après 8h00.

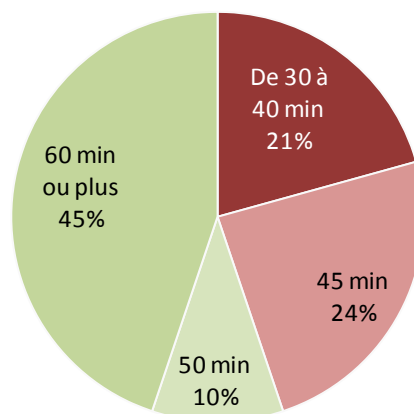
Le déjeuner dure une heure ou plus dans 48 % des structures, pour 32 % la durée est de 45 ou 50 minutes et pour 20 % elle est de 30 à 40 minutes.

Pour le dîner, la répartition des établissements est proche de celle observée pour le déjeuner : pour 45 % des structures, la durée maximale du dîner est d'une heure ou plus, pour 34 % de 45 à 50 minutes et pour 21 % elle est de 30 à 40 minutes. Dans 17 % des établissements le service du dîner est réalisé avant 18h30, dans 41 % à 18h30 et dans 41 % entre 18h45 et 19h00.

Graphique 6 : Répartition des établissements selon la durée maximale qu'un enfant (hors enfant polyhandicapé) peut passer à table au déjeuner



Graphique 7 : Répartition des établissements selon la durée maximale qu'un enfant (hors enfant polyhandicapé) peut passer à table au dîner



La période de jeûne nocturne pour les établissements réalisant de l'internant complet et/ou de l'internant semaine est comprise entre 9,5 heures et 12,5 heures. Pour la majorité des établissements (89 %), ce jeûne nocturne est de moins de 12 heures.

L'alimentation en dehors des heures de repas

Selon l'Observatoire économique de l'achat public – recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007 - approuvé par la décision n° 2007-17 du 4 mai 2007 du Comité exécutif de l'OEAP, la présence, la composition et la fréquence des collations matinales sont à définir en fonction du type de convives. Il est également précisé qu'en milieu scolaire, compte tenu de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, la collation matinale ne doit être ni systématique, ni obligatoire. L'Anses¹⁹ a recommandé sa suppression, estimant qu'elle est un facteur de modification des rythmes alimentaires et d'excès. Cependant, certaines situations spécifiques liées aux conditions de vie des enfants et de leur famille peuvent nécessiter une distribution d'aliments. Cette collation doit être ciblée sur les enfants qui n'ont pas pris de petit déjeuner, ou sur ceux qui en ont pris un mais très tôt et/ou très pauvre.

Concernant la collation de l'après-midi, il est spécifié qu'en établissements de santé, de soins de suite et de réadaptation, une collation est à prévoir comprenant une boisson au lait ou équivalent, accompagnée d'un élément céréalier (biscuits, pain-beurre et/ou confiture, etc.) si possible non raffiné. Un jus de fruit à teneur garantie en vitamine C peut être servi, si le déjeuner ne proposait pas de fruit. En milieu scolaire, le goûter est un repas important qui permet d'éviter le grignotage jusqu'au dîner.

Près d'un établissement sur quatre propose la collation du matin et de l'après-midi

La collation du matin est proposée par près d'un établissement sur deux (47 %). En milieu scolaire, cette collation matinale est, compte tenu de l'augmentation du surpoids et de l'obésité, ni systématique, ni obligatoire, et l'Afssa²⁰ a recommandé sa suppression.

La collation de l'après-midi est proposée par un peu plus d'un établissement sur deux (56 %)

Près d'un établissement sur quatre (24 %) propose les deux collations.

Les établissements étaient également interrogés sur la mise à disposition des enfants au cours de la journée, de manière autonome, des éléments suivants : aliments, fontaine d'eau, autres boissons

¹⁹ Afssa – nouvellement Anses : Avis sur la collation en milieu scolaire, 23 janvier 2004

²⁰ Ib. Réf. 19.

froides, boissons chaudes. Les établissements déclarent majoritairement mettre à disposition des enfants une fontaine à eau (64 %). En revanche, moins de 20 % proposent d'autres boissons froides ou boissons chaudes et seulement deux établissements déclarent proposer des aliments.

Près de la moitié des établissements (48 %) autorise la sortie des enfants et adolescents de l'établissement en journée, selon leur âge et leur autonomie et/ou sur autorisation des parents. Parmi ces établissements, 81 % déclarent que les enfants ou adolescents ont alors la possibilité d'acheter de l'alimentation durant leur sortie.

Enfin, la quasi-totalité des établissements (excepté deux établissements) tolère les apports alimentaires (sucreries, fruits, sodas...) fournis par les parents. La consommation de ces aliments est systématiquement encadrée par le personnel.

Lieux des repas

Le CNA dans son avis sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs, souligne que l'acoustique des lieux de restauration doit être surveillée car le bruit est un facteur de stress durant les repas et il ne favorise pas la consommation du repas dans les meilleures conditions.

Des lieux de repas le plus souvent aménagés pour améliorer le confort des enfants

□ Près de la moitié des structures (47 %) déclare bénéficier de mesures d'insonorisation de leur salle à manger.

De plus, 84 % des établissements déclarent que les salles à manger sont agencées pour améliorer le confort des enfants et adolescents. Cet agencement passe notamment par des tables accueillant un nombre réduit d'enfants, par la mise en place de claustras pour séparer les tables...

Enfin, interrogés sur le fait de pouvoir ou non faire manger les enfants en terrasse les jours de beau temps, 56 % ont déclaré : « Oui, tous ou presque » ou « Oui, mais seulement les enfants autonomes ».

Prise en compte des attentes et besoins des enfants et adolescents²¹

Recueils des goûts et des préférences alimentaires

Un recueil des goûts effectué à l'admission dans près d'un établissement sur deux...

48 % des structures déclarent effectuer systématiquement un recueil des goûts et des préférences alimentaires à l'admission des enfants.

... à partir d'un questionnaire standardisé dans plus de la moitié des établissements

Dans ces structures, un questionnaire standardisé est utilisé dans plus de la moitié des cas (55 %).

Une question supplémentaire concernant le recueil des goûts, à savoir : « Ce recueil est-il actualisé durant le séjour ? », n'a pas pu être exploité compte tenu d'une proportion élevée de non réponses.

²¹ Dans cette partie sont analysées les questions 1, 2, 13, 14 et 16 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Enquêtes de satisfaction auprès des enfants et adolescents

Plus d'un établissement sur deux déclare (55 %) avoir effectué, au cours des deux dernières années, au moins une enquête de satisfaction auprès des enfants ou adolescents sur l'alimentation et son environnement.

Avis du conseil de vie social (CVS) ou son équivalent institutionnel concernant l'alimentation

Dans près d'un établissement sur deux, des avis concernant l'alimentation sont formulés une à deux fois par an par le CVS ou son équivalent institutionnel

Dans près de la moitié des structures (47 %), un ou deux avis sur l'alimentation sont émis en moyenne chaque année par le CVS ou son équivalent institutionnel. Pour 39 % des établissements, un avis est donné trois fois ou plus par an, et pour 14 % des établissements, un avis est donné moins d'une fois par an.

Choix des composantes des repas

Moins d'un établissement sur cinq propose aux enfants la possibilité de choisir les composantes de leur repas

Seulement 22 % des établissements (soit 11 structures) proposent habituellement des possibilités de choix pour les différentes composantes du repas (entrée, plat, fromage ou produit laitier, dessert). Sur ces 11 structures, 6 proposent un choix pour une ou deux composantes du repas et 5 proposent un choix pour 3 ou 4 composantes. Il se fait pour 3 établissements en amont du service et lors du service des repas, pour 6 exclusivement lors du repas et pour 2 exclusivement en amont du service.

Activités physiques et animations autour de l'alimentation

Activité physique²²

Dans le PNNS 3 (2010-2015) est inscrit l'axe suivant : Développer l'activité physique et sportive (APS) et limiter la sédentarité. Les mesures prévues dans cet axe ont pour finalité de permettre l'atteinte des objectifs nutritionnels et des objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires et métaboliques fixés par le Haut conseil de santé publique.

Un des objectifs est d'augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges, et notamment augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez les enfants et les adolescents :

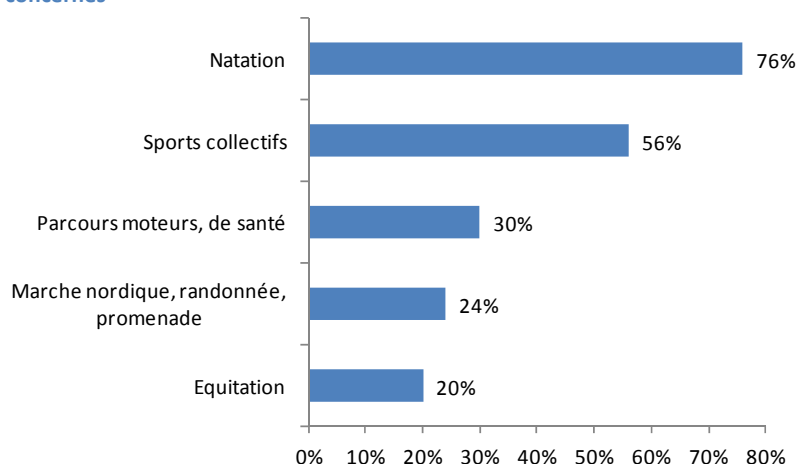
- atteindre, en 5 ans, au moins 50 % d'enfants et adolescents de 3 à 17 ans ayant une activité physique d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.
- diminuer de 10 % au moins, en 5 ans, le temps moyen journalier passé par les enfants et les adolescents de 3 à 17 ans devant un écran.

Des activités physiques proposées dans tous les établissements à tous les enfants, mais souvent à un rythme inférieur aux objectifs du PNNS 3

Les établissements proposent tous des activités physiques aux enfants ou adolescents, majoritairement une ou deux activités par semaine (69 %), 27 % en proposant de 3 à 5, et 4 % plus de 5 par semaine. Le PNNS 3 préconise d'augmenter l'activité physique des enfants et adolescents en proposant notamment des activités physiques d'intensité élevée trois fois par semaine pendant au moins une heure.

Les activités sportives les plus souvent citées par les établissements sont la natation et les sports collectifs (football, basketball...).

Graphique 8 : Activités sportives les plus souvent citées par les établissements et pourcentage d'établissements concernés



La grande majorité des enfants (hors enfants polyhandicapés) sont en capacité de participer aux séances d'activités physiques (98 %). En moyenne, durant une semaine, 92 % des enfants ou adolescents (hors enfants polyhandicapés) participent à au moins une séance d'activités physiques.

²² Cette partie traite les questions 32-37 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Seul un établissement sur quatre déclare avoir un projet personnalisé des enfants en surpoids ou en obésité qui dispose d'un programme d'activités physiques spécifiques

Près d'un établissement sur quatre (24 %, soit 12 établissements) déclare avoir un projet personnalisé des enfants et des adolescents en surpoids ou en obésité qui dispose d'un programme d'activités physiques spécifiques. Ces séances sont assurées pour trois structures par un professeur d'activité physique. Pour les autres structures, les professions les plus citées sont : éducateur spécialisé ou éducateur thérapeute.

Animations autour de l'alimentation²³

L'Afssa estime que les événements festifs autour de l'alimentation, lorsqu'ils gardent leur caractère exceptionnel, offrent aux enfants des moments de convivialité, de partage et de découverte de la diversité des plaisirs alimentaires. Il est alors souhaitable de regrouper mensuellement les goûters d'anniversaire.

Seule une minorité des établissements organise des séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle

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 (100 % des structures), des ateliers cuisine (98 %), des repas à thème (90 %), ou des repas à l'extérieur de la structure (90 %).

Les séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelle destinées aux enfants et/ou à leur famille sont moins fréquentes, mises en place par 30 % des établissements durant l'année écoulée.

²³ Question 31 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement ».

Soins liés à la nutrition

Dépistage du surpoids ou de l'obésité²⁴

La Haute autorité de santé (HAS), dans son rapport *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003) de septembre 2011*, recommande de surveiller l'indice de masse corporelle (IMC)²⁵ systématiquement chez tous les enfants et adolescents :

- quel que soit leur âge ;
- quelle que soit leur corpulence apparente ;
- quel que soit le motif de la consultation ;
- au minimum 2 ou 3 fois par an.

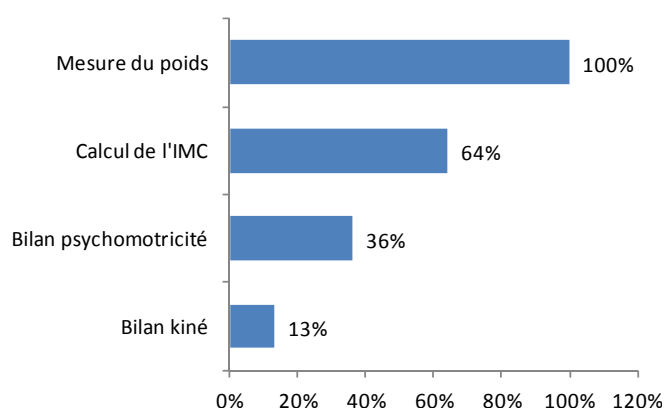
Il est recommandé d'être particulièrement attentif aux enfants présentant des facteurs de risque précoces de surpoids et d'obésité.

Fréquence et contenu du dépistage

Plus de quatre établissements sur cinq (83 %) réalisent un dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité des enfants ou adolescents à l'entrée en établissement

Les éléments qui font partie du dépistage sont la mesure du poids, pour l'ensemble de ces établissements, le calcul de l'IMC pour 64 % des structures. Le bilan psychomotricité et le bilan kiné sont cités respectivement par 36 % et 13 % des structures réalisant un dépistage à l'entrée en établissement.

Graphique 9 : Éléments faisant partie du dépistage du surpoids ou de l'obésité à l'entrée en établissement (parmi les structures réalisant un tel dépistage)



Un dépistage du surpoids et de l'obésité quasi systématique lors du suivi des enfants sans problème nutritionnel

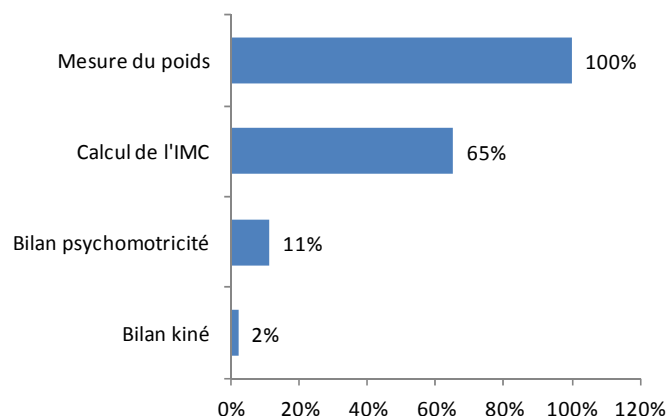
Interrogées également sur la présence ou non d'un dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité lors du suivi d'un enfant ou d'un adolescent sans problème nutritionnel, près de la totalité (96 %) des structures déclare en réaliser un. Lors de ce dépistage, la mesure du poids est systématiquement réalisée et 65 % de ces structures calculent l'IMC des enfants.

²⁴ Dans cette partie les questions 1, 2, 3, 4 et 10 du questionnaire « Soins nutritionnels » sont analysées.

²⁵ Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille² (m²).

La fréquence de la réalisation de ce dépistage varie d'une à six fois par an selon les établissements. Près d'une structure sur deux (47 %) le réalise une fois par an, 35 % deux à trois fois par an, et 19 % plus de trois fois par an.

Graphique 10 : Eléments faisant partie du dépistage du surpoids ou de l'obésité lors du suivi d'un enfant ou d'un adolescent sans problème nutritionnel



Afin de mesurer le poids et la taille de l'enfant, l'ensemble des établissements ayant répondu à l'enquête disposent d'un pèse-personne et 96 % d'une toise murale.

Procédure écrite de dépistage

Peu d'établissements dispose d'une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids ou de l'obésité

Seulement 11 % des établissements déclarent qu'il existe au sein de leur structure une procédure écrite concernant le dépistage du surpoids et/ou de l'obésité.

Bilan initial des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité²⁶

Dans un établissement sur cinq lors du dépistage d'une obésité, une consultation spécialisée pédiatrique est systématiquement réalisée

Lors du dépistage d'une obésité, 21 % des établissements réalisent systématiquement une consultation spécialisée pédiatrique, 28 % souvent (dans plus de la moitié des cas), 43 % rarement (dans moins de la moitié des cas) et 9 % jamais.

Les données statur pondérales des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité sont actualisées au moins une fois par trimestre pour 67 % des établissements, une fois par semestre pour 20 % et une fois par an pour 13 %.

Les établissements ont également été interrogés sur la manière dont ils classent le surpoids ou l'obésité des enfants à partir de l'IMC. Près d'un sur deux (47 %) ne réalise pas de calcul de l'IMC ou ne réalise pas de classement de ce dernier, 29 % à partir du classement PNNS et 20 % à partir du classement IOTF (International Task Force on Obesity).

²⁶ Questions 5, 6 et 7 du questionnaire « Soins nutritionnels ».

Seuils de corpulence recommandés en pratique clinique

Les seuils recommandés en France en pratique clinique chez l'enfant et l'adolescent jusqu'à 18 ans sont ceux des courbes de corpulence du PNNS 2010. Ils sont issus à la fois des références françaises et des références de l'International Obesity Task Force (IOTF) :

- pour le surpoids (incluant l'obésité) : $IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile des courbes de corpulence françaises.
- Pour l'obésité : $IMC \geq$ seuil IOTF-30.

Tableau 3 : Termes et seuils recommandés en pratique clinique pour définir le surpoids et l'obésité selon les références des courbes de corpulence du PNNS 2010 adaptées à la pratique clinique (Inpes)

$IMC < 3^{\text{e}}$ percentile	Insuffisance pondérale
$3^{\text{e}} \leq IMC < 97^{\text{e}}$ percentile	Corpulence normale
$IMC \geq 97^{\text{e}}$ percentile	Surpoids (incluant l'obésité)
$IMC \geq$ seuil IOTF-30	Obésité L'obésité, qui débute à partir de l'IOTF-30, est une forme sévère de surpoids

Source : HAS, *Recommandation de bonne pratique, Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (Actualisation des recommandations 2003) - Argumentaire scientifique – Septembre 2011*

Pour la quasi-totalité des établissements, le statut pondéral de l'enfant est tracé dans son dossier médical. En revanche, les objectifs nutritionnels et le suivi des actions mises en œuvre en sa faveur sont tracés dans son dossier médical dans seulement un peu plus d'un établissement sur deux (52 %).

Prise en charge des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité²⁷

La HAS, dans son rapport *Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent*, recommande un suivi régulier et prolongé d'au minimum deux ans.

Il est recommandé que la prise en charge :

- soit fondée sur les principes de l'éducation thérapeutique du patient ;
- prenne en compte l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité, l'équilibre des rythmes de vie, les aspects psychologiques et socio-économiques ;
- implique les parents et/ou les adultes responsables de l'enfant ou de l'adolescent ;
- obtienne l'adhésion de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille ;
- veille à ne pas culpabiliser, blesser ou stigmatiser.

Interrogés sur le nombre d'enfants ou adolescents concernés par des problèmes de surpoids ou d'obésité (hors enfant polyhandicapé), et sur le nombre total d'enfant dans leur établissement (hors enfant polyhandicapé), 37 structures ont renseigné ces deux champs. Ainsi, pour ces structures, la part d'enfants concernés par des problèmes de surpoids ou d'obésité est de 15 %.

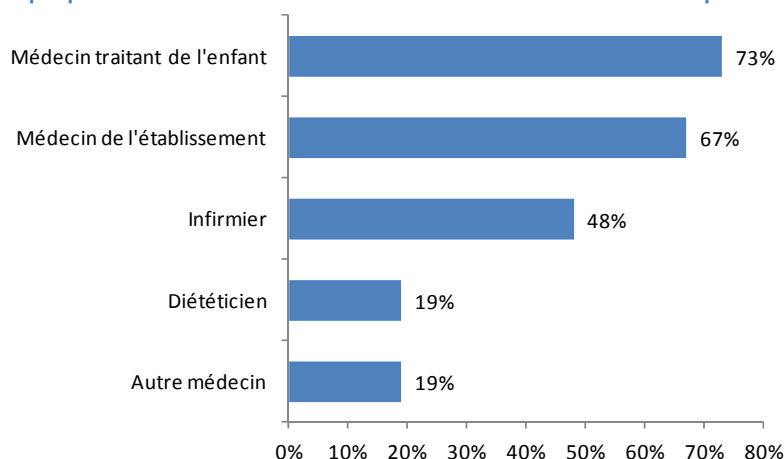
²⁷ Dans cette partie sont analysées les questions 8, 9, 11-15 du questionnaire « Soins nutritionnels ».

Un suivi des enfants en surpoids ou en obésité réalisé le plus souvent par le médecin traitant de l'enfant

Concernant le suivi par un professionnel des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité, 73 % des établissements ayant répondu au questionnaire « Soins nutritionnels » (soit 48) ont cité le médecin traitant de l'enfant, 67 % le médecin de l'établissement et 48 % un infirmier.

Excepté un établissement, tous déclarent qu'il n'existe pas au sein de leur structure de procédure écrite concernant la prise en charge (bilan, stratégie thérapeutique, suivi) des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité.

Graphique 11 : Professionnels suivant les enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité



Les différentes modalités de prise en charge utilisées pour les enfants en surpoids ou en obésité, comme le recommande la HAS, sont pour la grande majorité des établissements des conseils diététiques à la famille et à l'enfant (dans plus de 90 % des structures), des conseils diététiques au personnel (89 %), suivis d'une alimentation adaptée et des séances d'activités physiques (74 % chacun). La mise en œuvre d'une alimentation adaptée varie nettement selon la taille de l'établissement. Elle concerne 57 % des établissements ayant un effectif inférieur à la médiane et 82 % des établissements ayant un effectif supérieur à la médiane ($p < 0,025$).

Rappelons que 30 % des établissements ont proposé des séances d'information et/ou d'éducation nutritionnelles aux enfants (en surpoids ou non) et/ou à leurs familles au cours des 12 derniers mois, et qu'ils sont 18 % à proposer des activités physiques spécifiques aux enfants en surpoids ou en obésité.

56 % des établissements proposent des menus personnalisés pour les enfants en surpoids ou en obésité

Cette proportion est de 46 % pour les petits établissements et de 70 % pour les établissements ayant un effectif supérieur ou égal à la médiane.

Ces menus sont arrêtés dans la majorité des cas par le médecin de l'établissement (cité par 52 % de ces établissements) et/ou par un diététicien (41 %). Le médecin traitant et un infirmier sont moins souvent cités, seulement par 22 % des établissements. Dans seulement un établissement, le menu n'est arrêté par aucun de ces professionnels mais par le cuisinier.

Les trois quarts des établissements réalisent une surveillance des prises alimentaires des enfants ou adolescents en surpoids ou en obésité en dehors des repas (75 %). En revanche, seulement 28 % des structures réalisent une surveillance des apports hydriques des enfants.

Les régimes alimentaires²⁸

Les régimes alimentaires systématiquement réévalués à l'entrée des enfants dans trois établissements sur cinq

Interrogées sur le nombre d'enfants qui suivent un régime alimentaire lié à un problème de santé (allergies alimentaires, diabète, surpoids/obésité...) et sur le nombre total d'enfants dans leur établissement (hors enfants polyhandicapés), 35 structures ont renseigné ces deux champs. Ainsi, pour ces structures, la part d'enfants qui suivent un régime alimentaire lié à un problème de santé est de 11 %.

À l'entrée d'un enfant dans un établissement, la nécessité de maintenir un régime alimentaire mis en place antérieurement est réévalué systématiquement dans 61 % des structures, souvent (dans plus de la moitié des cas) dans 23 % des cas, et rarement (dans moins de la moitié des cas) ou jamais dans 16 % des établissements.

Les régimes alimentaires font systématiquement l'objet :

- d'une prescription médicale dans huit établissements sur dix ;
- d'un protocole écrit dans un tiers des structures (dans 37 % des établissements, seulement certains régimes font l'objet d'un protocole et pour 30 % il n'y en a jamais).

Par ailleurs, dans près d'un établissement sur deux (47 %), les régimes alimentaires de certains enfants sont adaptés en fonction des médicaments qu'ils prennent (42 % ont répondu « non » et 11 % « ne sait pas »). Les types de médicament nécessitant une adaptation cités sont : antiépileptique, corticoïde, cortisone, psychotrope).

²⁸ Questions 16, 17, 18, 19 et 20 du questionnaire « Soins nutritionnels ».

Besoins et attentes²⁹

Avis sur l'alimentation dans l'établissement

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

Le personnel de direction estime, en effet, que l'alimentation des enfants est « tout à fait satisfaisante » dans 20 % des cas et « plutôt satisfaisante » dans 63 % des cas. Seulement 14 % la jugent « peu satisfaisante » et aucun « pas du tout satisfaisante » (2 % ne se prononcent pas).

Pour le personnel soignant, ces proportions sont proches, respectivement égales à 9 %, 70 %, 17 % et 2 % ne sont pas du tout satisfaits et 2 % ne se prononcent pas.

Les avis du personnel soignant et de direction sont très convergents puisque pour 62 % des établissements ayant répondu aux deux questionnaires, les avis de ces deux catégories de personnel sont identiques et dans 38 % 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 « peu » satisfaisante).

Avis sur les activités physiques dans l'établissement

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

Près de la totalité du personnel de direction estime que les activités physiques proposées aux enfants 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 56 % des établissements ayant répondu aux deux questionnaires, les avis de ces deux catégories de personnel sont identiques et dans 35 % les avis sont proches (par exemple pour 19 % des établissements le personnel de direction juge les activités « tout à fait » satisfaisante alors que le personnel soignant les considère « plutôt » satisfaisante). Pour 8 % des établissements un avis à été donné par le personnel de direction alors que le personnel soignant ne s'est pas prononcé.

²⁹ Pour cette partie, tous les questionnaires ont été analysés, qu'ils aient été renseignés ou non par la personne sollicitée. Les questions 38, 39, 40, 41 et 42 du questionnaire « Nutrition au sein de l'établissement » et les questions 22, 23, 24, 25, 27 et 28 du questionnaire « Soins nutritionnels » sont analysés dans cette partie.

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 prioritairement quatorze actions proposées pour améliorer l'alimentation dans leur structure.

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

Les quatre actions jugées comme les plus prioritaires (« Très prioritaire » ou « Prioritaire ») sont les mêmes pour le personnel de direction et le personnel soignant, seul l'ordre d'importance varie. Les quatre actions suivantes sont citées par plus des deux tiers des structures :

- Pouvoir augmenter le coût moyen de la journée alimentaire ;
- Améliorer la qualité des produits alimentaires ;
- Améliorer la formation du personnel sur l'alimentation et la nutrition des enfants ;
- Améliorer la communication sur l'alimentation des enfants, sur un plan individuel, entre les différentes équipes de restauration et le personnel d'encadrement.

D'autres actions portant sur du personnel plus nombreux pour le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, pour la préparation des repas et pour la distribution des repas et également sur le développement de certaines compétences spécifiques (diététicien, référent restauration...) sont citées par près de la moitié des établissements.

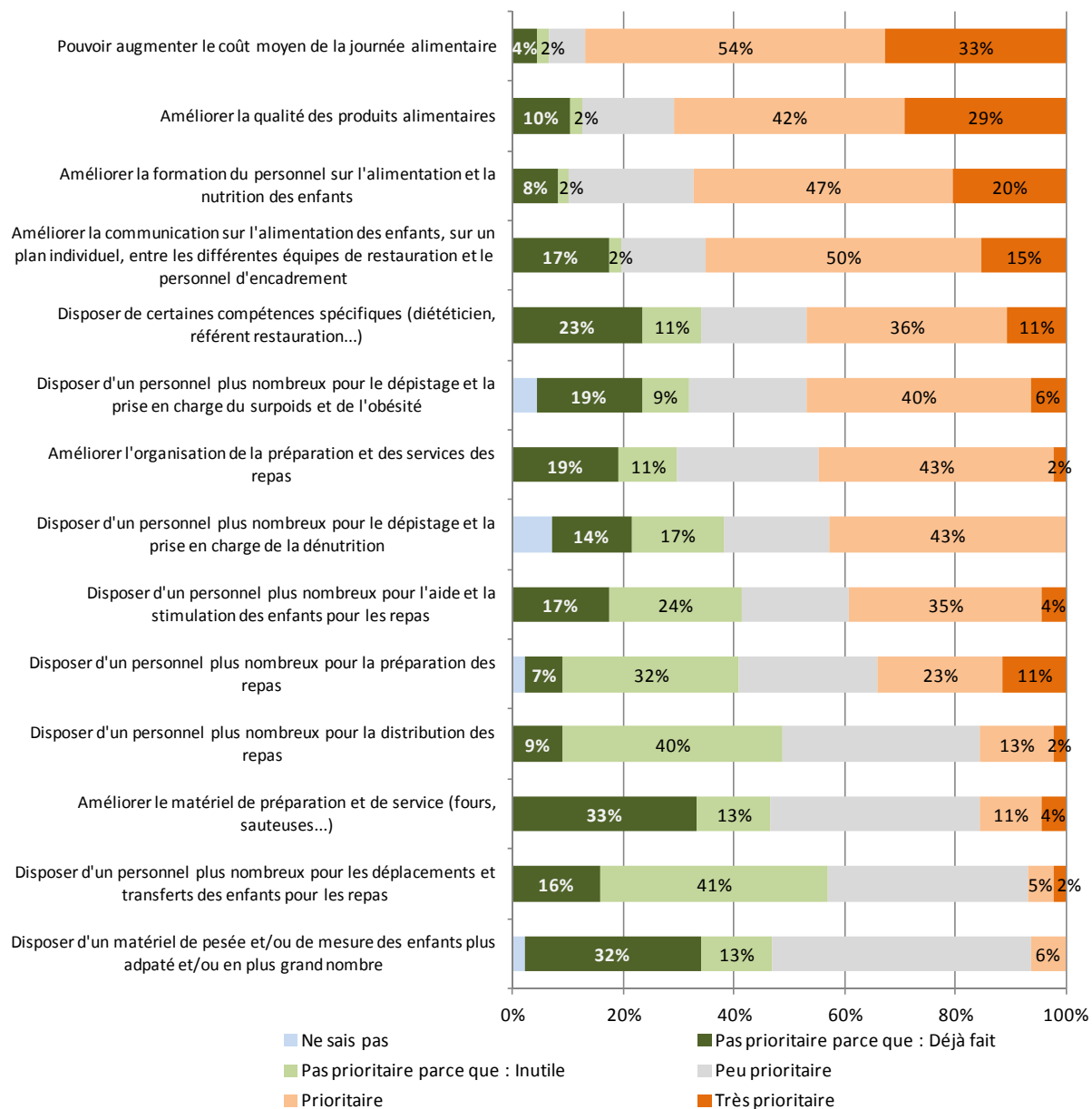
D'autres actions sont jugées « Pas prioritaires parce que inutile » par une proportion non négligeable des établissements, aussi bien du point de vue du personnel de direction que du personnel soignant, c'est le cas des deux actions suivantes :

- Disposer d'un personnel plus nombreux pour la distribution des repas (40 % des établissements pour le personnel de direction et 33 % pour le personnel soignant) ;
- Disposer d'un personnel plus nombreux pour les déplacements et transferts des enfants pour les repas (41 % des établissements pour le personnel de direction et 48 % pour le personnel soignant).

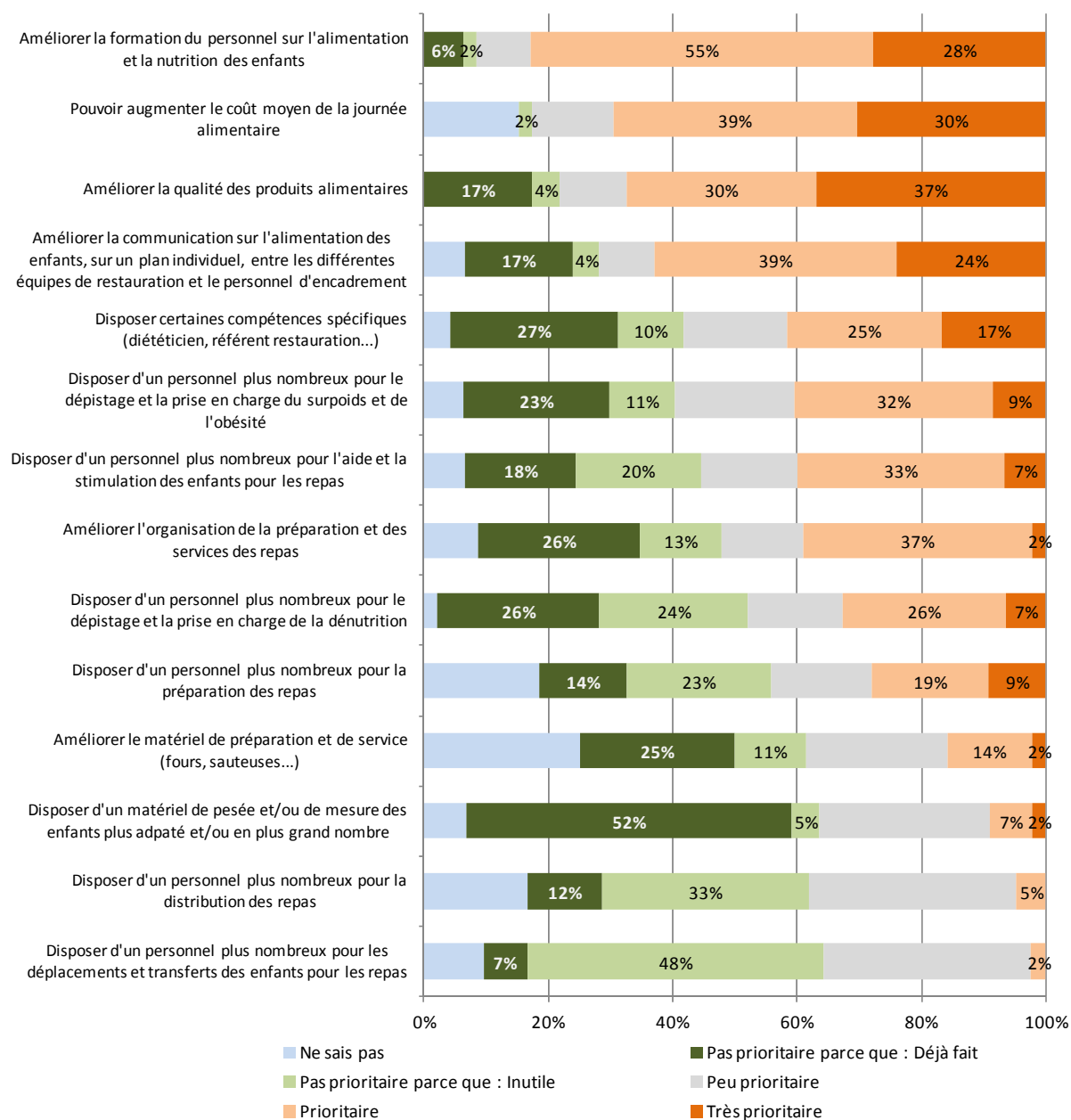
Enfin, des établissements déclarent que certaines actions ne sont pas prioritaires parce qu'elles ont déjà été mises en place au sein de leur établissement, c'est notamment le cas des actions suivantes qui concernent une ou plus d'une structure sur quatre, aussi bien du point de vue du personnel de direction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

- Disposer d'un matériel de pesée et/ou de mesure des enfants plus adapté et/ou en plus grand nombre : 32 % des établissements pour le personnel de direction et 52 % pour le personnel soignant ;
- Améliorer le matériel de préparation et de service (fours, sauteuses...) : 33 % des établissements pour le personnel de direction et 25 % pour le personnel soignant.

Graphique 12 : 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 13 : 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

Le GEMRCN souligne dans ses recommandations, que la formation des équipes de restauration à la nutrition doit constituer un impératif pour les collectivités publiques et leurs établissements, qui doivent recourir aux services de personnels qualifiés tels que les diététiciens et les nutritionnistes.

Lors de l'enquête, les établissements, tant du point de vue du personnel de direction que du personnel soignant, ont été interrogés sur l'existence ou non de besoins de formation du personnel concernant l'alimentation et la nutrition des enfants. Si les structures répondaient oui, elles étaient amenées à choisir les deux catégories de professionnels ayant besoin en priorité d'une formation en matière d'alimentation et de nutrition, parmi les six catégories proposées par le questionnaire

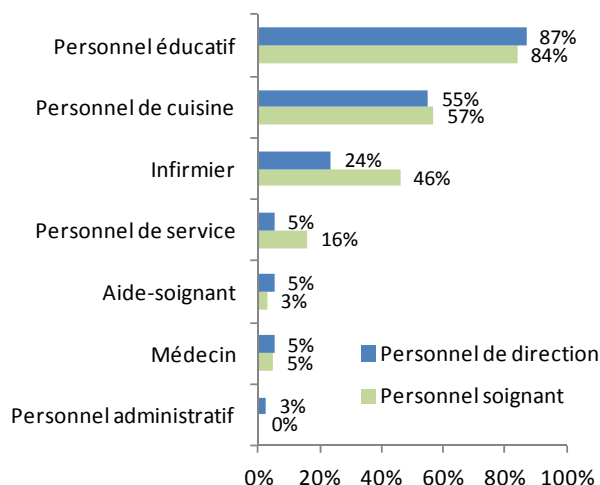
(médecin, infirmier, aide-soignant, personnel éducatif, personnel de service, personnel de cuisine, personnel administratif).

Que ce soit pour le personnel de direction ou le personnel soignant, un fort besoin de formation, destiné prioritairement au personnel éducatif et au personnel de cuisine

Près de 80 % du personnel de direction et du personnel soignant déclarent qu'il existe des besoins de formation concernant l'alimentation et la nutrition. La catégorie de professionnel citée le plus souvent est le personnel éducatif suivi par le personnel de cuisine. L'écart le plus important concerne la catégorie infirmier qui est citée par 46 % du personnel soignant contre seulement 24 % pour le personnel de direction.

Les besoins de formation ont été précisés (question ouverte) dans seulement deux questionnaires sur cinq. Que ce soit pour le personnel de direction ou le personnel soignant, les besoins portent majoritairement sur l'équilibre alimentaire et dans une moindre mesure sur la prise en charge et le suivi des enfants atteints de troubles de l'alimentation, sur les besoins nutritionnels de l'enfant handicapé et sur les troubles de la déglutition.

Graphique 14 : 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 des jeunes



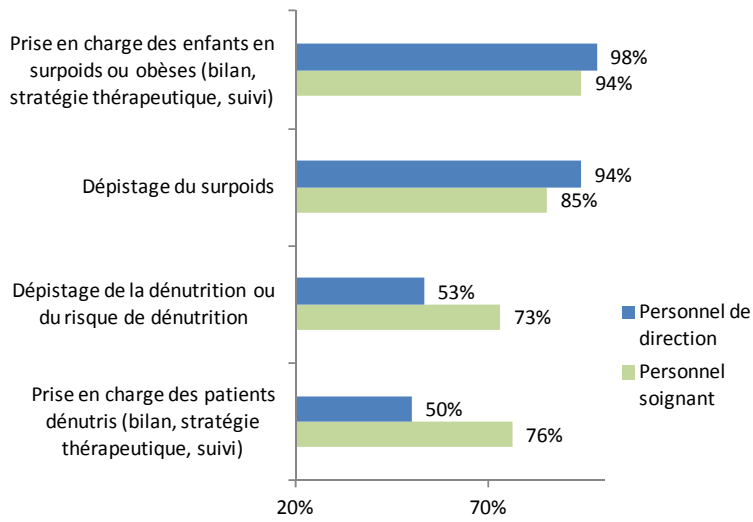
Besoins de modèles de procédures ou de protocoles

Une forte demande de modèles ou de procédures

Lors de l'enquête, le personnel de direction et le personnel soignant des établissements ont également été interrogés sur leurs besoins en modèles de procédures ou de protocoles concernant le dépistage et la prise en charge du surpoids, de l'obésité et de la dénutrition.

Concernant le dépistage et la prise en charge du surpoids et de l'obésité, la grande majorité des établissements, aussi bien du point de vue du personnel de direction que du personnel soignant, souhaite obtenir des modèles de procédures. En revanche, concernant la dénutrition (dépistage et prise en charge), le personnel soignant est davantage demandeur de modèles que le personnel de direction.

Graphique 15 : 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(nen)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(nen)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 ₂ Ne sait pas

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

₁ Oui ₂ Non ₂ 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 ₂ Ne sait pas

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

₁ Oui ₂ Non ₂ 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)

₁ Chef cuisinier ₂ Diététicien

₃ Enfants ₄ Familles des enfants

₅ Médecin coordonnateur ₆ Directeur

₇ Personnel éducatif ₈ Personnel d'encadrement

₉ Infirmier 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 ?

- ₂ 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 ?

(1 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.

**Etude sur le surpoids et l'obésité des enfants et adolescents¹
résidant en institution en Alsace**

Questionnaire « Soins nutritionnels »

Questionnaire à destination du médecin coordonnateur, ou du médecin référent, ou à défaut d'un autre médecin, cadre de santé ou référent infirmier.

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT :
 N° Finess : 670013978
 Commune : SCHILTIGHEIM

PERSONNE AYANT REMPLI LE QUESTIONNAIRE :
 NOM : _____ Prénom : _____
 Fonction : ₁ Médecin coordonnateur ₂ Médecin référent / médecin faisant fonction de coordonnateur
 ₃ Autre médecin ₄ Cadre / référent infirmier
 ₅ Autre, précisez : _____
 Tél. : ____/____/____/____/____ Email : _____

Dépistage du surpoids ou de l'obésité

1. Existe-t-il un dépistage systématique du surpoids ou de l'obésité à l'entrée dans l'établissement ?

₁ Oui ₂ Non

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	_____

¹*Au sein de ce questionnaire, la notion « Enfant et adolescent » comprend l'ensemble des jeunes accueillis dans l'établissement, y compris les jeunes adultes.*

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 pèse-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.equi.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	Percentile IOTF C-25
	Obésité	Percentile IOTF C-30
Rolland-Cachera et coll., 2002	Surpoids (incluant obésité)	97 ^e percentile références françaises
Courbes du PNNS*, 2003	Obésité degré 1	97 ^e percentile références françaises
	Obésité degré 2	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 statur 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

Cole T. J. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide : international survey. BMJ. 2000: p. 194-201.

Institut national de la santé et de la recherche médicale. Obésité : dépistage et prévention chez l'enfant. Expertise collective Inserm , editor. Paris; 2000.

InVS CU. Surpoids et obésité chez les enfants de 7 à 9 ans. ; 2000.

Cole T. J. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents : international survey. BMJ. 2007: p. 194-201.

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

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.

Programme national nutrition santé 2011 - 2015. ; 2011.

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.

CNA. Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques - Avis N°53. ; 2005.

CNA. Avis sur la restauration scolaire révisant les avis antérieurs du CNA - Avis N°47. ; 2004.

Afssa. Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments relatif à la collation matinale à l'école. ; 2004.

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

APS : Activité physique et sportive

ARS : Agence régionale de la santé

CNA : Conseil national de l'alimentation

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Creai : Centre régional pour l'étude et l'action en faveur de l'insertion

EMS : Etablissement médico-social

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

IME : Institut medico-éducatif

IOTF : International obesity task force

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

IPEAP : Institut pour enfant et adolescent polyhandicapé

IEM : Institut d'éducation motrice

IESDV : Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles

IESDA : Institut d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives

OEAP : Observatoire économique de l'achat public

ORS : Observatoire régional de la santé

PNNS : Programme national nutrition santé

PRS : Projet régional de santé