

Faculté de santé publique

Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food

Mémoire réalisé par
Aurélie Sini

Promoteur(s)
William D'Hoore
Pascale Cornette

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food

Mémoire réalisé par
Aurélie Sini

Promoteur(s)
William D'Hoore
Pascale Cornette

Année académique 2018-2019
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Viviane Scoyez de m'avoir ouvert les portes de son établissement et laissé la possibilité d'effectuer ce mémoire au sein de la maison de repos et de soins.

Je remercie tout particulièrement mes promoteurs Monsieur William D'Hoore et Madame Pascale Cornette pour m'avoir encadrée, orientée, aidée et conseillée ainsi que pour leur disponibilité et leurs encouragements tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Et enfin, merci à ma famille qui m'a apporté non seulement un support moral et intellectuel mais également une aide précieuse sans laquelle cette démarche n'aurait pu aboutir.

« Toute chose est possible tant qu'elle ne s'est pas avérée impossible, et même en ce cas, elle ne l'est peut-être que provisoirement »

Pearl Buck, 1961

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	4
II.	QUESTIONS DE RECHERCHE.....	6
III.	METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DE LITTERATURE.....	7
IV.	CADRE THEORIQUE.....	9
	Cadre contextuel.....	9
1.	Description du contexte.....	9
2.	But recherché.....	9
3.	Présentation de la résidence.....	10
3.1.	La résidence.....	10
3.2.	Le profil des résidents.....	12
	Cadre conceptuel.....	14
1.	La dénutrition des personnes âgées.....	14
1.1.	Définition et épidémiologie.....	14
1.2.	Impact du vieillissement sur la prise alimentaire.....	15
1.3.	Impact de l'environnement sur la prise alimentaire.....	16
1.4.	Conséquences de la dénutrition.....	17
1.5.	Moyens de diagnostic de la dénutrition.....	18
1.5.1.	Le poids.....	18
1.5.2.	Le Multi Nutritional Assesment (MNA).....	19
1.6.	Situations spécifiques.....	20
2.	L'autonomie des personnes âgées.....	20
2.1.	Étymologie et définition.....	21
2.2.	Notion associée : la dépendance.....	21
2.3.	Distinction entre autonomie psychologique et fonctionnelle.....	22
2.3.1.	Autonomie fonctionnelle.....	22
2.3.2.	Autonomie psychologique.....	22
2.3.3.	Les facteurs qui influencent l'autonomie dite psychologique.....	23
2.4.	Cas particulier : l'autonomie alimentaire en institution.....	24
3.	Qualité de vie des personnes âgées.....	25
3.1.	Définition de la qualité de vie.....	25
3.2.	Qualité de vie des personnes âgées.....	26
3.3.	Qualité de vie et démence : un contexte spécifique.....	27
3.4.	Mesurer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence.....	27
3.5.	Méthodologie d'évaluation.....	28
4.	Le Finger Food.....	29

4.1.	Principes	29
4.2.	Les différents types de Finger Food	29
4.2.1.	Le Finger Food « classique »	29
4.2.2.	Le Finger Food « mixé lisse ».....	30
4.3.	Mise en place organisationnelle du Finger Food	30
4.3.1.	Logistique	30
4.3.2.	Intervenants.....	30
4.3.3.	Coût.....	31
V.	METHODES	33
1.	Choix du type d'étude utilisée.....	33
2.	Dispositif de recueil d'informations	34
2.1.	Stratégie	34
2.2.	Échantillon.....	34
2.3.	Instruments	35
2.3.1.	Le guide d'entretien	35
2.3.2.	L'observation directe	36
3.	Choix des méthodes de traitement d'analyse et de validation des informations.....	37
3.1.	Méthode de traitement et d'analyse.....	37
3.2.	Méthode de validation	39
4.	Calendrier	39
5.	Aspects éthiques	40
VI.	RESULTATS.....	41
1.	Introduction aux résultats.....	41
2.	Présentation des échantillons.....	41
3.	Tableau récapitulatif	41
4.	Présentation des données.....	42
4.1.	Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des parties prenantes.....	42
4.2.	Synthèse de l'observation des résidents mangeant en Finger Food	55
VII.	DISCUSSION	59
1.	Perspective d'amélioration.....	67
2.	Critique	68
VIII.	CONCLUSION	69
IX.	BIBLIOGRAPHIE.....	71
X.	ANNEXES	80

Liste des tableaux

Tableau 1. Situations à risque de dénutrition	74
Tableau 2. Comparatif entre les produits Meco et « Maison »	81
Tableau 3. Les différents plats et leurs ingrédients	82
Tableau 4. Calendrier	40
Tableau 5. Données sociodémographiques des échantillons	42
Tableau 6. Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse	90

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est une réalité touchant de nombreux pays industrialisés. Dans les pays occidentaux, les indicateurs démographiques enregistrent un vieillissement des populations lié d'un part à l'allongement de l'espérance de vie et d'autre part à une baisse constante du taux de fécondité. Selon l'OMS, la population des plus de 60 ans s'accroît à un point que son nombre devrait doubler d'ici à 2050 en passant de 12% en 2015 à 22% en 2050 (Bureau fédéral du plan ; Direction générale statistique, 2017). A l'instar des autres pays, nous constatons également ce phénomène en Belgique puisque la part des 65 ans et plus passe de 18% en 2014 à 25% en 2016 (OMS, 2010)

Dans cette perspective, la santé des personnes âgées devient une priorité d'autant plus importante. De nombreux facteurs peuvent détériorer la santé des sujets âgés mais la dénutrition constitue un problème constant et récurrent. Elle touche aussi bien les personnes hospitalisées que les personnes vivant à domicile ou hébergées en institution. La prévalence de la dénutrition augmente avec l'âge. Sachant qu'en Belgique, le pourcentage de personnes de 60 ans et plus vivant en MRS ou MRPA est de 6,2% et que parmi ces personnes, on estime que 15 à 38 % sont dénutries. Dès lors, la prévention de la dénutrition des personnes âgées devient une des cibles majeures de notre société en matière de santé publique (Bureau fédéral du plan ; Direction générale statistique, 2017)

La lutte contre cette pathologie, et plus particulièrement chez les résidents présentant des troubles neurodégénératifs, est donc quotidienne et pluridisciplinaire. En revanche, l'autonomie alimentaire des personnes âgées institutionnalisées n'est que très peu développée. Certaines maisons de repos mettent en place le « Finger Food » qui propose des aliments sous forme de bouchées. Le Finger Food est une alimentation pensée pour simplifier le quotidien des personnes en perte d'autonomie. Il s'agit d'une alimentation faite pour être mangée directement avec les doigts (Pouyet et al., 2014).

Au vu de ces informations et du contexte actuel, nous avons donc fait le choix de mener notre réflexion autour de ce thème afin de répondre à notre question de recherche : « Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food ».

Dans ce travail, une partie théorique sera présentée. Elle comprendra d'une part un cadre contextuel et de l'autre un cadre conceptuel. Différents thèmes, comme la dénutrition, l'autonomie et la qualité de vie, seront abordés. Nous détaillerons également le projet « Finger Food » et la façon dont il est mis en place au sein de l'institution choisie.

Dans la seconde partie du travail, une analyse sera donc effectuée pour tenter de répondre au mieux à notre question de recherche. Pour ce faire, nous réaliserons une enquête en utilisant la méthode qualitative et en réalisant des entretiens semi-directifs auprès des parties prenantes. De plus, une observation directe sera réalisée sur le terrain afin de compléter notre enquête. De cette façon, nous pourrons dresser un compte-rendu de la situation qui permettra de proposer des pistes d'amélioration afin que l'institution puisse s'adapter si cela s'avère pertinent.

II. QUESTIONS DE RECHERCHE

L'implémentation du « Finger Food » dans la maison de repos et de soins (MRS) où nous travaillons nous a conduits à se poser des questions plus larges sur l'alimentation et la nutrition en MRS mais également sur la qualité de vie des résidents.

Le temps passé à se poser les bonnes questions sera du temps gagné pour la mise en œuvre du projet.

- Quelles sont les connaissances des « stakeholders » concernant la nutrition des personnes âgées ?
- Quels sont les outils utilisés pour dépister et prendre en charge la dénutrition chez les résidents ?
- Quelle est la perception des « stakeholders » sur la mise en place du Finger Food et sur la façon dont il peut améliorer la qualité de vie des résidents au sein de l'institution ?
- L'environnement actuel permet-il le respect de l'autonomie au moment des repas ?

Promouvoir l'autonomie des personnes âgées lors des repas au sein d'une MRS nous amène donc à nous poser diverses questions qui aboutiront à de multiples réponses. Afin de cibler notre recherche tout en apportant les éléments de réponse essentiels à notre mémoire, la question de recherche se doit d'être complète et précise. Pour ce faire, nous avons procédé à une revue de la littérature qui, par le biais des réponses collectées, nous a permis d'affiner notre question de recherche.

La mise en commun de cette revue littéraire avec les questions posées nous a aidé à énoncer notre question de recherche : « **Comment promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition, et par conséquent améliorer la qualité de vie des personnes âgées, au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food ?** »

III. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DE LITTERATURE

Afin d'appréhender le contexte dans lequel nous nous trouvons et obtenir les éléments nécessaires pour répondre à la question de recherche : « Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food », nous effectuerons un recensement de la littérature.

Tout d'abord, le moteur de recherche « Google » a été utilisé afin de mieux cerner le concept « Finger Food » et les raisons de sa mise en place dans les institutions de soins pour personnes âgées. Différents articles de presse et reportages sur le sujet ont pu être recueillis. Ensuite, nous sommes passés par le moteur de recherche « Google Scholar » pour orienter la suite de la recherche documentaire.

En second lieu, nous avons consulté des bases de données dédiées spécifiquement à la littérature scientifique telles que : Science Direct, Springer Link, Pubmed, Cochrane Library, et Cairn afin de recueillir les publications les pertinentes pour aborder notre problématique. Pour ce faire, nous avons exploité le proxy de la base des données de la bibliothèque virtuelle de l'Université Catholique de Louvain nommée Libellule. Certains cours donnés à la faculté de Santé Publique nous ont également été utiles. Parmi les nombreux domaines que couvrent ces bases de données, elles ont en commun les sciences ainsi que les sciences de la santé.

L'utilisation de l'outil PICO¹ nous a permis de poser notre question de manière ciblée :

P (Population or Problem) : « personnes âgées », « résident », « old person », « aînés », « elderly »

I (Interest) : « autonomie », « qualité de vie », « dénutrition », « Finger Food », « quality of life », « autonomy », « malnutrition »

Co (Context) : « maisons de repos et de soins », « nursing home », « institution », « résidence »

¹ <https://libguides.murdoch.edu.au/systematic/PICO>

Grâce à l'association de ces différents mots-clés dans les bases de données précitées, une revue de littérature a été obtenue. Afin d'affiner ce recensement littéraire pour le rendre le plus pertinent possible, nous avons sélectionné les articles et revues scientifiques. Ensuite, un intervalle de temps a été défini allant de 1980 à 2019. Et enfin, nous nous sommes limités à deux langues d'écriture : l'anglais et le français.

IV. CADRE THEORIQUE

Cadre contextuel

1. Description du contexte

De nos jours, le vieillissement de la population mondiale est la résultante de la baisse constante du taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2018), « le vieillissement de la population s'accélère fortement à l'échelle planétaire. Il reflète une amélioration de la santé et des conditions socio-économiques mais il s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face. Il apparaît essentiel de préparer des soignants et les sociétés à répondre aux besoins des personnes âgées ».

En effet, les projections démographiques pour les décennies à venir sont désormais bien connues. Les dernières projections réalisées par le Bureau fédéral du plan (2011) estime que la proportion de personnes âgées (65 ans et plus) allait augmenter et passer de 17% environ en 2010 à 21% en 2025 pour finalement atteindre près de 26% en 2050. La proportion des personnes les plus âgées (85 ans et plus) progressera, quant à elle, de manière encore plus spectaculaire, de 2,2% en 2010 à près de 3% en 2025 et à 5,8% en 2050. Cette tendance démographique induira une augmentation proportionnelle du nombre de personnes âgées devant bénéficier d'une aide dans leurs activités quotidiennes, que ce soit dans leur domicile ou dans des institutions de soins. Dans la perspective de ce vieillissement de la population, des effets significatifs sur les besoins futurs et le recours aux soins de longue durée (SLD) sont donc à prévoir dans les prochaines décennies (Van de Bosch et al., 2011).

2. But recherché

La prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées institutionnalisées varie entre 15 et 38% (Allepaerts, 2014 ; Patry et al., 2010 ; Raynaud-Simon, 2011). Selon le Plan national nutrition santé pour la Belgique, la prévalence se situe même entre 50 et 90% en maisons de repos et de soins (MRS) (PNNS-B, 2005). Malgré ces chiffres, la dénutrition est une problématique pas encore suffisamment prise en considération par le personnel des MRS. Le

manque de connaissances du personnel concernant la nutrition des personnes âgées ainsi que l'absence de protocole de prise en charge de la dénutrition au sein de celles-ci influencent la prévalence élevée de cette problématique dans les MRS (Bourdel-Marchasson et al, 2009 ; Derycke, 2009).

Dans une étude sur les connaissances et les pratiques en lien avec la dénutrition des personnes âgées en maison de repos, les connaissances du personnel concernant la dénutrition sont bonnes pour seulement un quart (29,4%) des personnes interrogées. Ils sont 67% à avoir une bonne connaissance de la définition de la dénutrition mais 19,6% à avoir une bonne connaissance des causes de celle-ci. En ce qui concerne les pratiques du personnel en rapport avec la nutrition des personnes âgées en MRS, nous observons qu'elles sont bonnes pour 64,4% des personnes interrogées. En effet, 71,8% du personnel adopte une pratique adéquate en pesant les personnes âgées 1x/mois ; 52,4% du personnel estime que le dépistage de la dénutrition doit se faire 1x/mois en MR(S) comme il l'est suggéré dans la littérature. Pour la prise en charge nutritionnelle, 15,5% du personnel adopte une pratique totalement adéquate en augmentant la qualité des aliments et en réduisant les portions de l'assiette. Notons que 75,7% des personnes interrogées ont reçu une formation initiale dans leur cursus scolaire mais que 37,9% suivent des formations continues (Brys et al., 2014).

Au regard de ces résultats, comprendre les mécanismes de dépistage et de prise en charge nous semble être une approche judicieuse.

A travers ce mémoire, le but recherché vise à améliorer l'autonomie alimentaire de la personne âgée. Par la promotion de l'autonomie alimentaire des personnes âgées institutionnalisées, nous espérons lutter plus efficacement contre la dénutrition et par conséquent, améliorer leur qualité de vie. Pour ce faire, nous profitons de la mise en place du projet Finger Food au sein de la résidence pour tenter d'atteindre nos objectifs.

3. Présentation de la résidence

3.1. La résidence

La résidence « Les Chartriers » est située à Mons. Au 17^{ème} siècle, le bâtiment était un immeuble appartenant à la Ville de Mons pour loger et soigner les « Chartriers » (= personnes

infirmes, paralysées ou indigentes). Au début des années 1900, l'Hospice des Chartriers fut cédé à l'État Belge. En 1921, les bâtiments furent occupés par l'intendance militaire pour une vocation tantôt militaire, tantôt sociale. En 1988, l'immeuble en ruine fut acheté par des particuliers et la résidence « Les Chartriers », maison de repos, fut créée après des travaux de rénovation et d'agrandissement. En juin 2006, la S.A. fut rachetée par l'INDC (désormais Groupe Jolimont) en même temps que le « Comme Chez Soi » à Ecaussinnes. Le Groupe Jolimont est l'un des plus grands groupements de la Région Wallonne actif dans le domaine des soins de santé et des services apportés aux personnes âgées et aux enfants. Près de 3900 collaborateurs travaillent au sein des différents institutions. Le Groupe Jolimont, pour son secteur « seniors » regroupe environ 600 lits répartis sur sept maisons de repos et de soins : Sars-La-Bruyère, Saint-Vaast, La Louvière, Mons, Ecaussinnes, Chièvres et Lobbes.

En 2006, la résidence comptait alors 96 lits MRPA et 25 lits MRS. En 2010, la construction d'une nouvelle aile permet alors d'occuper les 134 lits de l'agrément, de passer de 9 chambres à 1 lit à 60, de 56 chambres à 2 lits à 37, et de disposer d'un *snoezelen*², d'une salle de bain pour soins de confort et d'un salon de coiffure.

Aujourd'hui, la Maison de Repos compte 75 lits MRS et 59 lits MRPA. Le nombre d'ETP du personnel a évolué en parallèle de 36.95 ETP en juin 2006 à 56.92 ETP en décembre 2014.

La résidence accueille des personnes âgées valides, semi-valides, atteinte de démence de type Alzheimer et autres démences ainsi qu'en fin de vie (Cfr. Voir point 3.2). L'architecture de l'établissement favorise les contacts entre les résidents, les familles et le personnel. Le restaurant est entouré du salon, de la cuisine, du local infirmier et d'un accès direct sur la terrasse et le jardin.

La première mission de l'institution est de permettre à la personne âgée de se sentir chez elle en créant un cadre de vie correspondant au mieux à son environnement familial et, de cette façon, de lui apporter tout le bien-être nécessaire tout en respectant la vie en communauté. L'équipe pluridisciplinaire composée du personnel soignant, paramédical, administratif, d'animation, de cuisine, d'entretien et de maintenance a pour seconde mission d'assurer à la

² Le **snoezelen** est une stimulation multi-sensorielle contrôlée, une pratique visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante. Un espace y est dédié au sein de l'institution.

personne âgée un confort de vie par une prise en charge globale et a à cœur de protéger la qualité de vie des résidents quel que soit leur état physique ou psychique.

Les valeurs de l'institution sont les suivantes : le souci d'une identité commune, la rigueur, la flexibilité et l'adaptabilité, le respect, les services et la compassion, l'accueil et la convivialité, le travail en collaboration et l'esprit d'équipe.

Le projet de vie a pour objectif de définir l'identité de l'institution et l'originalité de son offre par rapport à la personne âgée. L'enjeu du projet de vie est triple :

- Permettre aux personnes âgées de trouver et de garder un sens à leur vie et une identité réelle ;
- Permettre aux professionnels de trouver et de garder un sens à leur travail et de se constituer une identité dans le « prendre soin » et l'accompagnement des personnes vieillissantes ;
- Permettre à l'entourage d'accepter la nouvelle situation et de garder un contact privilégié avec leurs proches.

3.2. Le profil des résidents

L'utilisation de l'échelle de Katz nous indique le pourcentage des résidents qui sont dépendants pour les activités de la vie journalière telle que se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, manger et s'orienter dans le temps. Entre 2015 et 2018, nous observons une légère augmentation de la part des résidents appartenant aux catégories les plus élevées, à savoir C et Cd. En termes de soins, ce profil de résidents requiert une aide totale pour les soins de base comme se laver et s'habiller. De plus, une incontinence est souvent présente. La dépendance alimentaire est variable en fonction de leur état. Cependant, certains arrivent encore à se déplacer de manière autonome.

En regardant les chiffres de manière plus détaillées, une augmentation du nombre de résidents faisant partie de la catégorie C de moins de 1% est observée, passant de 10,74% en 2015 à 11,49% en 2018. Le pourcentage de résidents de la catégorie Cd est, quant à lui, passé de 23,71% en 2015 à 29,46% en 2018. Cette catégorie a subi une augmentation de 5,75%.

Actuellement, la résidence compte 21 résidents appartenant à la catégorie C et 38 résidents à la catégorie Cd sur un total de 128 résidents. Alors que la proportion de résidents qui font partie de la catégorie Cd a tendance à se maintenir, celle de la catégorie C continue de croître depuis 2018 (16,4%). Cependant, la catégorie Cd n'est pas représentative du nombre total de résidents atteints de démence. En effet, certains d'entre eux sont encore assez indépendants dans les activités de la vie journalière ce qui ne leur permet pas d'intégrer cette catégorie. Aux 38 résidents appartenant à la catégorie Cd, nous pouvons ajouter 14 résidents étant atteints de démence mais appartenant aux autres catégories de l'échelle de Katz. Le nombre de résidents déments s'élève donc à un total de 52 sur 128, ce qui équivaut à 40,62% de la population totale de la résidence.

Cadre conceptuel

1. La dénutrition des personnes âgées

Comme nous allons le voir, le vieillissement de l'organisme prédispose à une incidence élevée de dénutrition. Dans ce sens, nous pouvons considérer que toute personne âgée est une personne dénutrie potentielle. Si l'on veut améliorer la nutrition ainsi que la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées, il apparaît donc primordial pour les prestataires de soins de bien comprendre les mécanismes et les conséquences de dénutrition afin d'en prévenir l'apparition et de la détecter pour en limiter l'importance (Allepaerts et al., 2014).

1.1. Définition et épidémiologie

La dénutrition protéino-énergétique résulte « *d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, notamment musculaires, qui ont des conséquences fonctionnelles délétères* » (HAS, 2007). Il s'agit d'une perte tissulaire involontaire. Chez les personnes âgées, la dénutrition entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités.

La dénutrition des personnes âgées est un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est importante mais elle va dépendre des outils utilisés pour le diagnostic et du lieu où se trouvent les personnes étudiées. Elle est estimée de 4 à 10% pour les personnes vivant à domicile, de 15 à 38% pour celles résidant en maisons de repos et de soins, et de 30 à 70% pour les personnes âgées hospitalisées (Patry et al., 2010).

Parmi les personnes âgées vivant à domicile, la dénutrition est plus fréquente chez celles qui présentent une perte d'autonomie, dont peut témoigner la présence d'aides à domicile, que chez celles qui vivent de façon indépendante. Dès lors, des stratégies de diagnostic et de prise en charge précoce doivent être mises en place par les acteurs de première ligne (Allepaerts et al., 2014).

En institution, la dénutrition est souvent présente à l'admission, ce problème s'aggravant alors avec la durée du séjour. Les facteurs influençant la prévalence de la dénutrition sont les caractéristiques des résidents, en termes de niveau de dépendance et de sévérité des pathologies,

mais également la qualité de la nourriture présentée et le temps dont disposent les soignants pour l'aide à l'alimentation (Allepaerts et al., 2014).

Enfin, à l'hôpital, la dénutrition est souvent présente à l'admission ; elle peut alors être la cause et la conséquence de la pathologie qui a conduit à l'hôpital. Ensuite, elle a tendance à s'aggraver pendant l'hospitalisation, en rapport avec l'addition des effets de la polyopathie, de la douleur, de la détresse psychologique et d'une prise en charge nutritionnelle quelquefois insuffisante (Potter et al., 1995).

1.2. Impact du vieillissement sur la prise alimentaire

Le processus du vieillissement, même lorsqu'il se déroule normalement, est associé à de nombreuses modifications d'ordre physiologiques, psychologiques, économiques et sociales susceptibles d'avoir un impact sur la prise alimentaire et le statut nutritionnel de la personne âgée (Morley, 2001). Toutes les étapes de la nutrition sont touchées par le vieillissement physiologique. En effet, l'âge s'accompagne de changements gastro-intestinaux tels qu'un ralentissement de la vidange gastrique, du transit intestinal, une altération des réponses hormonales et une diminution du métabolisme de base (Clarkston et al., 1997). Ces modifications contribuent à la dérégulation de l'appétit et à l'altération des mécanismes de compensation se mettant normalement en place après une période de sous ou de sur-alimentation. Ainsi, après une période de sous-alimentation, le sujet âgé ne parvient pas à mettre en place une hyperphagie compensatrice (Roberts, 2000). En parallèle, la perte de dents, la modification des sécrétions salivaires et l'apparition de difficultés de déglutition contribuent à l'appauvrissement du statut nutritionnel des personnes âgées. D'une part, un mauvais état bucco-dentaire peut conduire les personnes âgées à éviter la consommation d'aliments difficiles à mâcher tels que les fruits, les légumes crus et surtout la viande, source de protéines (Wayler et al., 1983). D'autre part, la baisse de l'efficacité masticatoire altère la dégradation des aliments et la formation du bol alimentaire, mécanismes qui contribuent normalement à la libération des nutriments et micronutriments dans le tractus digestif (Peyron et al., 2008). Enfin, plusieurs auteurs ont montré que le vieillissement s'accompagnait d'une altération des sens gustatif et olfactif qui se traduit par une augmentation des seuils de détection et une diminution des intensités perçues à seuil supraliminaire (Mojet et al., 2003; Murphy et al., 1991; Stevens & Dadarwala 1993). Plusieurs auteurs ont fait l'hypothèse que le déclin des capacités chimiosensorielles entraînerait des modifications des préférences alimentaires, entraînant elles-

mêmes des modifications de la prise alimentaire (Duffy et al., 1995 ; Schiffman, 2000 ; Schiffman & Graham, 2000).

Au-delà des modifications physiologiques propres au vieillissement, la vie d'une personne âgée est marquée par des « moments de rupture » (retraite, apparition d'incapacités physiques ou psychiques, veuvage, etc.) susceptibles de bouleverser ses habitudes de vie et en particulier ses habitudes alimentaires. Cardon et Gojard (2008) ont par exemple montré que la délégation à un tiers d'une partie des activités alimentaires suite à l'apparition d'incapacités physiques ou psychiques entraînait une diminution de la variété alimentaire. Cardon (2009) a également montré que le veuvage modifiait les habitudes alimentaires de la personne restante avec une disparition des plats « familiaux » porteurs de convivialité et de sociabilité. Chez les personnes veuves, il est également constaté une augmentation de la consommation de plats préparés ou surgelés. Enfin, en parallèle à ces changements socioéconomiques, l'apparition de troubles psychologiques (dépression, démence) peut également affecter l'appétit et la prise alimentaire des personnes âgées (Huffman, 2002).

1.3. Impact de l'environnement sur la prise alimentaire

La notion du plaisir associée aux repas est fondamentale. Elle constitue une des clés de la prévention de la dénutrition par son aspect multifactoriel. Elle inclut notamment un environnement favorable qui correspond à l'ensemble des éléments qui entourent un individu à un instant « T ». Ces éléments peuvent être matériels (décor, présence d'autres personnes, etc.) ou immatériels (heure, ambiance dans un groupe, humeur de l'individu, etc.). La personne âgée, souvent dépendante, reste concernée par le plaisir et habitée par des désirs (Baudu, 2008). Le repas est l'un des moyens de conserver le « goût de la vie ». Il apparaît important de faire du repas un temps fort du quotidien de la personne âgée. D'ailleurs, Geneviève Laroque souligne dans un de ses articles : « à qualité culinaire égale, on sait très bien que la qualité réelle d'un repas, dépend d'abord et surtout de la manière dont il est pris et avec qui ».

Nieuwenhuizen et al. (2010) distinguent quatre catégories de facteurs environnementaux susceptibles d'influencer la prise alimentaire des personnes âgées institutionnalisées :

- Les facteurs liés à la personne (humeur, état de santé) ;
- Les facteurs liés à la nourriture (apparence, présentation, menu, etc.) ;

- Les facteurs liés au contexte social (ambiance sociale du repas, attitude du personnel) ;
- Et les facteurs liés au contexte physique (décor, etc.).

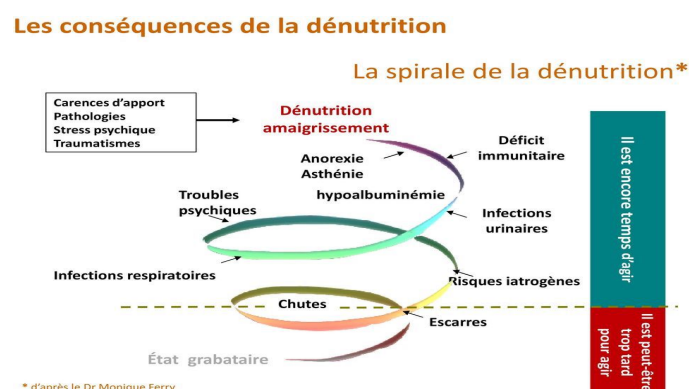
Dans le cadre de ce mémoire, nous définirons l'environnement alimentaire comme l'ensemble des facteurs qui entourent le résident au cours d'une prise alimentaire et qui ont, de ce fait, un impact sur les quantités consommées, la durée du repas et la perception des aliments. Dans ce contexte, nous nous concentrerons sur les trois derniers facteurs sur lesquels il est a priori possible d'agir pour améliorer l'environnement alimentaire en maison de repos et de soins.

1.4. Conséquences de la dénutrition

Chez les personnes âgées, la dénutrition entraîne diverses implications. Le guide *MobiQual nutrition, dénutrition et alimentation de la personne âgée* (SFGG, 2013), résume quatre conséquences :

- Une mortalité augmentée ;
- Une morbidité augmentée : altération de l'état général avec amaigrissement et fatigue, augmentation du risque de chute et de fracture du col du fémur, aggravation de la perte osseuse par carence en calcium et en vitamine D, troubles digestifs, aggravation du pronostic des pathologies sous-jacentes, diminution de la réponse immunitaire, anémie, escarres et dégradation des fonctions cognitives ;
- Une fragilité et une perte d'autonomie ;
- Une diminution de la qualité de vie.

En plus d'épuiser les réserves de l'organisme, elle engage la personne dans une spirale péjorative mettant en jeu son pronostic vital comme le conceptualise le schéma du Docteur Monique Ferry.



Certaines situations sont susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption ou une association de ces facteurs (Cfr. Annexe 1).

1.5. Moyens de diagnostic de la dénutrition

En raison de sa prévalence élevée et de ses conséquences, le diagnostic de dénutrition est important à établir. En règle générale, il repose sur un faisceau d'indices dont aucun des éléments pris isolément n'est spécifique à la dénutrition. Pour ce faire, il doit être élaboré grâce à des outils simples et l'évaluation de l'état nutritionnel doit faire partie intégrante de l'examen de la personne âgée. Dans le cadre de notre travail, nous nous intéresserons particulièrement aux outils utilisés au sein de l'institution, à savoir le poids et le MNA. Toutefois, afin d'améliorer nos connaissances personnelles, nous avons jugé utile de connaître les autres outils disponibles que nous avons répertorié à l'annexe 2.

1.5.1. Le poids

Le poids est censé représenter le niveau des réserves énergétiques de l'organisme. La mesure du poids est réalisée, de préférence, en sous-vêtements et vessie vide, par une méthode adaptée au degré d'autonomie de la personne (pèse-personne, chaise-balance). Selon la HAS, il est recommandé de peser les personnes âgées :

- **A domicile** : à chaque consultation médicale ;
- **En institution** : à l'admission, puis au moins une fois par mois ;
- **A l'hôpital** : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine en court séjour, tous les 15 jours en soins de révalidation.

Le poids peut être mesuré de manière répétée pour être comparé aux valeurs habituelles mais ne constitue pas en lui seul un bon indicateur de dénutrition. La perte de poids, quant à elle, est une mesure plus utile pour dépister une dénutrition. Habituellement, elle est exprimée en pourcentage de perte par rapport au poids de forme. La vitesse de perte de poids est également une donnée importante. Chez la personne âgée de plus de 70 ans, une perte de plus de 10% du poids habituel en 6 mois ou de plus de 5% en 1 mois est associée à une dénutrition, considérée

comme sévère si ces seuils atteignent plus de 10% en 1 mois ou plus de 15% en 6 mois (ANAES, 2003).

Cependant, la mesure du poids a ses limites. Tout d'abord, sa mesure ne tient pas compte de la répartition masse maigre - masse grasse. Ensuite, elle peut être faussée en présence de déshydratation, d'œdèmes, d'ascite ou d'autres épanchements.

1.5.2. Le Multi Nutritional Assesment (MNA)

Le MNA est un outil qui fait partie des tests standard d'évaluation clinique globale des sujets âgés. Il a été validé dans plusieurs études et existe dans de nombreuses langues (Garry et al., 2002)

Il existe deux versions :

- Le MNA Short form³;
- Et le MNA complet⁴.

Le MNA est facile à utiliser et permet d'identifier les patients de plus de 65 ans qui sont :

☞ **A risque de dénutrition par le test de dépistage court en 6 items ou MNA-SF**

La cotation se fait sur 14. Si le résultat au test est \leq à 11, il est recommandé de compléter le MNA à 18 items qui permet d'obtenir des renseignements plus ciblés.

☞ **En voie de se dénourrir ou déjà dénourris, par un suivi utilisant le MNA complet**

Cette échelle se scinde en deux parties, pour dépister et quantifier, quand elle existe, une dénutrition protéino-énergétique fréquente chez tous les sujets âgés à risque. Le score maximum est de 30 pour les 18 items. Les résultats s'interprètent de la manière qui suit :

- **Si le score obtenu est \geq 24 :** l'état nutritionnel est jugé satisfaisant. L'appétit est souvent l'item qui fait « perdre des points » en raison d'un changement au niveau du mode de vie ou d'une diminution de la mobilité dans des lieux inhabituels. Une surveillance de la quantité de nourriture absorbée et du poids est conseillée.

³ Voir annexe 3

⁴ Voir annexe 4

- **Si le score obtenu est compris entre 17 et 23.5** : il y a un risque de dénutrition nécessitant d'être identifié et pris en charge en fonction de l'item ou des items problématiques.
- **Si le score obtenu est ≤ 17** : une dénutrition est à explorer selon la même démarche que précédemment en y associant un bilan biologique afin de vérifier l'existence ou non de signes de catabolisme inflammatoire.

Il s'agit donc d'un outil présentant un réel intérêt en institution car il oriente la prise en charge de chaque résident par un simple test de dépistage (Hugonot-Diener, 2010).

1.6. Situations spécifiques

Un intérêt particulier doit être porté à des situations spécifiques en lien avec la dénutrition :

- Les **troubles de la déglutition** (ou « *fausses routes* ») : un quart des personnes âgées vivant en institution connaissent ces troubles (Touflet et al., 2002) ;
- La **maladie d'Alzheimer** : la perte de poids étant l'un des premiers signes de cette pathologie et la dénutrition une complication courante. A ce titre, l'échelle de Blandford cherche à décrire les troubles du comportement alimentaire. Le « *Finger Food* » peut permettre à des patients déments de retrouver une convivialité et une autonomie quand ils ne savent plus se servir de couverts ;
- Le **refus alimentaire** : Il est alors nécessaire d'engager une concertation pluridisciplinaire pour comprendre ce refus alimentaire. L'objectif est d'apporter une prise en charge adaptée en limitant les deux principaux risques opposés : abandon du patient ou contrainte pour raison médicale.

2. L'autonomie des personnes âgées

Le vieillissement de la population implique que de plus en plus d'individus âgés survivront avec des pertes de capacités physiques et cognitives importantes. Dans un contexte où la demande de prestations de services ne cessent de croître, différentes questions se posent, entre autres : comment amener les personnes âgées à maintenir leur autonomie ?; quels seraient les facteurs de l'autonomie sur lesquels nous pourrions intervenir pour les inciter ou leur permettre de conserver le plus d'autonomie possible ?

2.1. Étymologie et définition

Le mot autonomie vient du grec *autonomos* qui signifie : « *qui se régit par ses propres lois* », de *autos* « soi-même » et *nomos* « les normes, la loi ». Il s'agit d'éditer ses normes, obéir à la loi que l'on s'est prescrite. L'autonomie n'est donc pas considérée comme l'absence de règles, c'est plutôt une intériorisation de règles (Hesbeen, 2018).

L'**autonomie** peut donc se définir par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de jugement, dans le sens de prévoir et de choisir, ainsi que la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève autant de la capacité que de la liberté (Le Collège des Enseignants de Gériatrie, 2000).

L'autonomie de la personne âgée ne s'évalue pas à sa capacité à tout faire de façon indépendante mais à sa façon de gérer ses dépendances. Une personne âgée avec un handicap physique peut avoir besoin d'une aide pour les activités de la vie quotidienne mais être autonome dans ses prises de décision concernant sa santé, son domicile, etc. De plus, lorsque ses capacités intellectuelles sont altérées, les soins prodigués doivent tout de même lui être expliqués. La volonté de la personne ou ses choix doivent primer sur ceux de ses proches. Malgré des situations pouvant être complexes où il est parfois difficile de répondre aux désirs ou projets de la personne âgée, le respect de l'autonomie impose une négociation centrée sur leurs souhaits.

2.2. Notion associée : la dépendance

Lorsque l'on parle d'autonomie, on parle aussi de dépendance. Il apparaît approprié d'en tenir compte. Les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés mais ces deux notions se complètent et sont à prendre en compte pour répondre au mieux au besoin de la personne âgée.

La **dépendance** est caractérisée par un état avancé de limitations physiques fonctionnelles et est souvent irréversible (mais toute limitation physique fonctionnelle n'entraîne pas une dépendance). Elle est définie comme l'impossibilité de réaliser une ou plusieurs activités de vie quotidienne sans l'aide d'autrui (Wolff et al. 2005). Elle peut arriver de manière progressive et insidieuse ou survenir de manière brutale. Elle se situe à l'extrême des déclin fonctionnels,

augmente elle aussi avec l'âge et est associée au risque de mortalité (Fried et al. 1998). Des échelles comme l'échelle de Katz permettent de mesurer cette dépendance (Cfr. Annexe 3).

2.3. Distinction entre autonomie psychologique et fonctionnelle

Dans la définition, le concept d'autonomie est considéré dans sa globalité. Afin d'identifier les interventions susceptibles de favoriser cette autonomie, il apparaît important de faire une distinction entre ce qui définit l'autonomie fonctionnelle et ce qui devrait plutôt appartenir à une autonomie dite psychologique. En effet, l'intervention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie est avant tout centrée sur l'aspect fonctionnel de l'autonomie, c'est-à-dire sur les capacités résiduelles, sans s'occuper de l'aspect psychologique.

2.3.1. Autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle réfère à la qualité de la santé physique en fonction des capacités de la personne âgée pour faire certaines activités.

La perte d'autonomie fonctionnelle engendre chez la personne âgée institutionnalisée une dépendance croissante à son environnement immédiat et une difficulté à exercer un contrôle sur son environnement et sur ses activités (Osgood, 1992). Aussi, la surprotection des soignants peut causer des sentiments dévalorisants chez les personnes âgées. En voulant agir sous le principe de bienveillance, le personnel et/ou la famille adoptent des attitudes paternalistes et interviennent de façon contraignante dans la vie de la personne âgée. Ils sont inévitablement confrontés au fait que certaines décisions sont prises pour eux (Bromberg & Cassell, 1983).

2.3.2. Autonomie psychologique

L'autonomie psychologique se définit, quant à elle, comme étant la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir et ce, en tenant compte de sa dynamique personnelle, de ses capacités physiques, cognitives et sociales et de l'environnement social. Elle comporte donc deux grandes dimensions: le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental (Dubé, 1994).

L'autonomie psychologique peut être particulièrement affectée par l'institutionnalisation. Il se peut que le placement en MR/MRS conduise la personne âgée à ressentir une perte de contrôle sur sa vie, une perte de maîtrise au niveau de son indépendance psychologique. Ainsi, une personne qui considère que son pouvoir de décider et d'agir est inexistant pourrait en arriver à la conclusion que sa qualité de vie est minime.

2.3.3. Les facteurs qui influencent l'autonomie dite psychologique

Lafortest (1989) identifie trois facteurs qui sont les plus susceptibles d'influer sur l'autonomie psychologique des personnes âgées. Il s'agit de la détérioration physique, l'insuffisance des ressources et la pression de l'environnement.

La détérioration physique peut renvoyer une image négative à la personne âgée et par conséquent diminuer son niveau d'estime de soi et d'efficacité d'agir. Des croyances s'installent dans l'esprit de la personne et y sèment le doute lui faisant croire qu'elle est incapable de diriger elle-même sa vie. Elle finit par laisser son pouvoir de décision à son entourage et perdre en autonomie. Les limitations imposées par les détériorations mentales et physiques constituent des barrières qui empêchent l'autonomie chez les sujets âgés. Ainsi, les facteurs intrinsèques sont perçus comme étant les premières contraintes à la liberté des personnes âgées (Horowitz et al, 1991).

Malgré un bon état de santé, un manque de ressources peut altérer l'exercice de l'autonomie de la personne âgée. Suite à cela, un sentiment de vulnérabilité va l'envahir, la rendant insécure. Avec le temps, une baisse du moral s'observera, entraînant l'abandon progressif de son autonomie psychologique (Lafortest, 1989).

Enfin, un des facteurs contribuant le plus souvent à la perte d'autonomie psychologique est la pression de l'environnement poussant les intervenants ou la famille à agir à la place de la personne âgée. Le paternalisme et la surprotection sont des exemples frappants de la façon dont l'entourage, souvent à son insu, peut être à l'origine de la perte d'autonomie psychologique de la personne âgée (Cicirelli, 1992 ; Lafortest, 1989).

Cela se vérifie aisément auprès des personnes institutionnalisées. La trop grande assistance du personnel ne laisse que très peu d'occasions aux résidents pour mettre en pratique leurs

capacités à prendre soin d'eux-mêmes les amenant à croire qu'ils sont incapables de le faire sans aide.

Il apparaît que le bien-être psychologique est augmenté lorsque les institutions s'organisent en fonction des choix et des options de la population qu'elles desservent et que le personnel intervient auprès des résidents dans le but d'augmenter leur contrôle. Une fois que les intervenants ont compris l'importance de laisser choisir les personnes âgées pour ainsi améliorer leur contrôle personnel, ils les encouragent à prendre leurs décisions de façon autonome, et ce dans la vie de tous les jours (Daniewicz et al., 1991).

L'autonomie psychologique est importante chez les sujets âgés institutionnalisés. Le fait de leur donner plus de choix personnel dans leurs routines quotidiennes et plus de contrôle sur les règles et les politiques de l'établissement augmente leur sentiment d'avoir de l'influence sur la mise en place de leurs activités sociales dont ensuite ils peuvent bénéficier (Timko & Moos, 1990). D'ailleurs, pour améliorer l'autonomie psychologique de ces personnes âgées, une chose simple comme leur laisser dire un mot dans la sélection de vêtements peut les aider à sentir qu'elles ont le contrôle sur leur environnement tout en contribuant à leur bien-être psychologique (Chowdhary, 1991 ; Hyck, 1991).

Parmi les principaux facteurs qui peuvent influencer l'autonomie psychologique, il en ressort qu'une perte de santé physique et mentale devient une contrainte à l'autonomie, qu'un certain paternalisme de la part de l'aidant peut provoquer un sentiment de dépendance chez la personne âgée, et que les aidants doivent reconnaître la liberté de choisir de la personne âgée pour qu'elle conserve son autonomie, et ce, surtout dans un milieu institutionnel.

2.4. Cas particulier : l'autonomie alimentaire en institution

L'entrée en MRS survient généralement suite à une perte d'autonomie chez la personne âgée. En effet, l'emménagement en MRS, volontaire ou non, marque une rupture dans la vie de la personne âgée en modifiant ses habitudes ainsi que son environnement physique et social. La dynamique organisationnelle imposée par la vie en collectivité fixe la répartition, le rythme de distribution et le temps d'ingestion des repas. De même que la composition des menus ainsi que la place à table sont deux choses rarement laissées à l'appréciation de la personne. Bien que les effets de cette perte d'« autonomie alimentaire » soient encore peu étudiés, il est fort

probable qu'elle modifie en profondeur la relation d'une personne âgée vis-à-vis de son alimentation.

Par ailleurs, l'acte alimentaire ne se résume pas simplement à la satisfaction d'un besoin physiologique. Il comprend aussi une dimension psychoaffective susceptible de contribuer au « bien-être » d'une personne. Au-delà du contenu nutritionnel et sensoriel de l'assiette, la dimension « plaisir » d'un repas peut aller du plaisir à le préparer pour soi-même ou pour les autres à la décoration de la table, à la façon dont les plats sont présentés jusqu'au plaisir de le partager avec d'autres (Wikby et al., 2004). Malheureusement, force est de constater que dans les MRS, ces dimensions « plaisir » associées au repas disparaissent. Le fait de partager sa table avec des personnes souffrant d'un handicap ou d'une démence, avec lesquelles il est parfois difficile d'interagir, nuit à la dimension conviviale du repas (Philpin et al., 2011).

Au regard de ce contexte, il n'est pas étonnant de constater que l'appétit et la sensation de faim sont significativement inférieurs chez les personnes âgées institutionnalisées que chez des personnes âgées autonomes (Mathey et al., 2001) et que la prévalence de la dénutrition est plus importante chez les personnes âgées vivant en institution qu'au domicile. L'environnement qui entoure un repas (de l'assiette à l'ambiance générale) contribue fortement à l'appétit et à la prise alimentaire (Nieuwenhuizen et al. 2010 ; Nijs et al. 2009).

3. Qualité de vie des personnes âgées

3.1. Définition de la qualité de vie

Il n'y a pas de définition consensuelle de la qualité de vie mais de nombreuses formulations sont à notre disposition. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la qualité de vie ne se définit pas par l'absence de maladie mais comme un état complet de bien-être physique, psychique et social. C'est : « *la perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. Le concept intègre de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements de son environnement* ». (Whoqol, 1997)

Cette définition implique de la part de l'individu, une évaluation globale de son bien-être et d'autres plus spécifiques portant sur des domaines particuliers, plus objectivables, comme par exemples, la santé et les relations sociales.

3.2. Qualité de vie des personnes âgées

Le concept de qualité de vie n'a pas forcément le même sens chez l'adulte jeune et chez la personne âgée. Même s'il est encore trop souvent défini en termes de dépendance, les personnes âgées ont tendance à évaluer leur qualité de vie de manière plutôt positive, s'éloignant de la vision dévalorisante véhiculée par la société qui la réduit à ses incapacités (Von Kondratowitz, 2003).

Selon l'analyse d'entretiens de personnes âgées, plusieurs dimensions participent à la qualité de vie globale de la population âgée. Parmi les grands axes évoqués par ces personnes, nous retrouvons donc les relations sociales (repli ou ouverture sociale, sensation d'abandon, sentiment de solitude), les liens affectifs et familiaux, les loisirs, le vécu passé (notamment les échecs, frustration ou réussite professionnelles, réalisation de soi) et présent (sensation d'abandon, d'impuissance ou au contraire perception d'une certaine maîtrise de l'environnement), les projets, la santé et la philosophie de la vie (investissement religieux, conscience et réflexion sur la mort) (Borglin et al., 2005 ; Nilsson et al., 1996).

Ces données incitent à conceptualiser différemment les rapports entre conditions objectives (intégrant essentiellement la qualité de vie liée à la santé) et perceptions subjectives dans l'appréciation de la qualité de vie (c'est-à-dire « le vécu ») chez les personnes très âgées (Farquhar, 1995).

Autrement dit, l'évaluation de la qualité de vie au grand âge doit intégrer des paramètres qualitatifs, reposant sur l'appréciation des personnes concernées elles-mêmes, que sont notamment la satisfaction de vie et l'estime de soi, l'impact de l'état fonctionnel ou des niveaux de performance de l'individu n'ayant plus une valeur dominante dans la hiérarchie des besoins au grand âge (Farquhar, 1995).

3.3. Qualité de vie et démence : un contexte spécifique

La démence est une pathologie progressive qui est liée à un processus neurodégénératif. Elle entraîne des troubles mnésiques, phasiques, exécutifs, praxiques ainsi que des troubles psychologiques et comportementaux comme entre autres l'apathie et la dépression. En fonction de l'intensité, ces différents troubles auront un retentissement sur les capacités fonctionnelles, conduisant la personne vers une dépendance physique et psychologique liée à la progression de la maladie. La notion de pathologie progressive amène à penser autrement les différentes prises en charge (Olazaran et al., 2010). Dans la prise en charge de la démence, les interventions visant à maintenir, restaurer ou augmenter la qualité de vie de ces personnes sont considérées comme étant de plus en plus essentielles. En effet, il est possible que ces interventions sur la qualité de vie puissent aider à améliorer des politiques de prévention, de soins, de traitement, d'accompagnement ou encore de réhabilitation. Cependant, la complexité du contexte neurodégénératif demande une attention particulière quant à la définition de la qualité de vie, étant donné que ces pathologies ont des impacts directs et indirects sur la personne malade, son entourage et sur les aidants professionnels (Mabire et al., 2013).

3.4. Mesurer la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence

Dans le champ de la démence, vouloir mesurer la qualité de vie peut sembler paradoxal. En effet, on demande à un individu qui perd progressivement ses capacités intellectuelles d'exprimer un jugement de valeur sur sa propre qualité de vie. Néanmoins, ce type d'approche a comme but de mettre en valeur les capacités restantes du patient et ainsi de plus considérer la démence comme étant seulement un syndrome déficitaire. Un autre intérêt de cette mesure est le changement de regard du soignant sur ces maladies chroniques pour lesquelles la seule possibilité de soin est d'aider les patients à vivre au mieux possible avec leur handicap (Hoe et al., 2005 ; Rode et al, 2005).

Le souci d'améliorer la vie des personnes souffrant d'une démence est donc affirmé depuis très longtemps. Le fait d'étudier et d'évaluer la qualité de vie de ces personnes va permettre de resituer la personne au centre de sa prise en charge en lui donnant la possibilité d'exprimer ce qu'elle vit, ce qu'elle pense, et ce qu'elle ressent à travers la maladie et ses effets (Bowling, 2007). La grande difficulté réside dans le fait de savoir comment mesurer un concept dont la

définition est complexe et non consensuelle, regroupant de multiples variables et facteurs ?
Quels outils de mesure sont nécessaires ?

3.5. Méthodologie d'évaluation

Afin de savoir comment mesurer ce concept complexe, deux méthodes ont été développées : la **passation de questionnaires ou d'échelles** et l'**observation directe**.

Dans la littérature, une distinction est faite entre les instruments génériques (hors cancérologie) utilisables dans toutes les pathologies et les instruments spécifiques d'une pathologie. Quel que soient le type, les échelles de qualité de vie sont constituées d'items le plus souvent regroupés en dimensions (Missotten et al., 2010 ; Mabire et al, 2013).

Dans le cadre de notre étude, nous avons choisi de privilégier l'observation directe. En effet, cette méthode nous semblait plus appropriée pour objectiver le comportement des résidents lors des repas en Finger Food.

L'**observation directe** apparaît comme la méthode la plus écologique. Cette méthode peut néanmoins présenter un problème dans la mesure où les comportements et les attitudes du sujet peuvent être influencés par la présence de l'observateur. Cette technique demande la réalisation d'un éthogramme (c.à.d. une grille d'observation). Elle peut également se montrer plus sensible à l'observation et l'évaluation d'indicateurs considérés comme reflétant la qualité de vie car il n'y a pas d'intermédiaire. La difficulté réside dans le fait de déterminer quel comportement est un indicateur ou non de la qualité de vie. Le choix des comportements servira à représenter la dimension objective mais également la dimension subjective de la qualité de vie au travers des comportements, attitudes et sentiments.

Notons que quelle soit la méthode choisie, c'est le contexte dans lequel la qualité de vie est interprétée qui compte car il ne s'agit pas d'un indicateur fixe mais qui peut varier dans le temps (Mabire et al., 2013).

4. Le Finger Food

Le Finger Food, également appelé manger-mains, a commencé à être décrit comme réadaptation alimentaire en 1993 (Soltesz et al., 1993 ; Jean, 1997) Néanmoins, ce concept a été formalisé par le Pr. Charles Henri Rapin au sein d'une unité de gériatrie du canton de Genève en Suisse (Nocent et al., 2011).

4.1. Principes

Le principe est d'attiser l'appétit et de favoriser l'autonomie grâce à des recettes de mise-en-bouche. Le Finger Food est donc conçu pour être saisi avec les doigts dans le but de contourner les handicaps et les pertes d'autonomie engendrés par des troubles neurocognitifs et permettant de cette façon de préserver dignité et estime de soi (Nocent et al., 2011).

Dans la majorité des descriptions, ces bouchées dînatoires visent à respecter les critères nutritionnels d'un repas classique, soit quotidiennement : 35 à 40 kcal/kg de poids avec idéalement 50 à 70% de glucides, 30 à 40% de lipides et 1 à 1,2g/kg de poids de protéines (Brocker, 2008)

4.2. Les différents types de Finger Food

Le recensement de la littérature nous a permis d'identifier les deux principaux types de Finger Food.

4.2.1. Le Finger Food « classique »

La plus décrite dans la littérature, cette méthode s'adapte principalement aux troubles praxiques et aux handicaps physiques. Dans cette version, la présentation en portions réduites sous la forme de beignets, quiches, toasts et légumes coupés est privilégiée. De plus, les textures des repas sont de tous les types.

4.2.2. Le Finger Food « mixé lisse »

Actuellement, cette forme de manger-mains n'est que trop peu décrite dans la littérature. Ce type de Finger Food respecte la présentation en portion unique et est conçu pour s'adapter aux difficultés alimentaires rencontrées par les personnes âgées souffrant de pathologies buccodentaires ou présentant des troubles de la déglutition. Le recours à des gommages alimentaires de type agar-agar ou de gélatines non allergisantes peut s'avérer nécessaire afin de lier l'aliment et éviter que la bouchée ne s'effrite dans les mains de la personne âgée. En plus d'être facilement manipulables, ces bouchées doivent se transformer rapidement en purée par simple écrasement par la langue contre le palais, ou contre les arcades dentaires (Malerba et al, 2015).

4.3. Mise en place organisationnelle du Finger Food

4.3.1. Logistique

Le cadre dans lequel s'organise le Finger Food respecte le plus souvent une configuration de table, en salle à manger avec un minimum de distractions. Le respect de l'hygiène des mains avant et après les repas est recommandée. Des couverts peuvent être mis à disposition des familles. En raison de nombreuses contraintes, il ne faut pas mésestimer les difficultés organisationnelles de la mise en place du Finger Food en institution. Sa mise en place nécessite un véritable travail en amont surtout aux étapes de la confection et la distribution. Il est donc conseillé d'établir des protocoles (Malerba et al., 2015). Le temps des repas est sensiblement plus long que pour des repas « traditionnels » suite à la nécessité d'assistance alimentaire (Fauré et al., 2012).

4.3.2. Intervenants

4.3.2.1. Le personnel

La prise en charge doit se faire de manière transversale et multidisciplinaire pour implémenter un projet Finger Food. Pour ce faire, le personnel doit également être formé et encadré (Fauré et al., 2012). Afin de réussir la mise en place d'un tel projet, l'ensemble de l'équipe soignante doit y adhérer. De plus, la présence sur le terrain d'un(e) diététicien(ne) et de personnes

qualifiées et spécialisées dans la prise en charge des pathologies démentielles représentent une aide précieuse à la réussite d'un projet de cette envergure (Malerba et al, 2015).

4.3.2.2. Les familles

Pour les sujets déments, manger avec les doigts peut-être source de plaisir, de possibilités de gratifications comme dans la prime enfance si l'entourage est suffisamment tolérant (Pouyet et al., 2013). Les familles jouent donc un rôle primordial dans la prise en charge des sujets atteints de troubles cognitifs. Toutefois, beaucoup de familles et d'aidants peuvent éprouver un sentiment de culpabilité à l'idée que leur proche mange avec les mains. Ils ont l'impression de les infantiliser. C'est principalement pour cette raison que le Finger Food n'est pas toujours accepté et nécessite un consentement éclairé. En fonction de leur culture, leur éducation et leur vécu, l'image qu'ils se font du Finger Food va différer. Néanmoins, il est nécessaire que tout soit fait dans le respect de leurs traditions et leurs croyances. Souvent, des explications fournies sur les résultats attendus permettent aux proches de valider cette réadaptation alimentaire (Malerba et al, 2015).

4.3.3. Coût

Même si la présentation des repas en Finger Food diffère, le contenu de l'assiette est identique. Les ingrédients utilisés sont identiques à ceux des repas classiques mais on y ajoute un produit qui permet de lier les aliments et ainsi éviter que les bouchées s'émiettent dans la main du résident. De ce fait, la préparation des repas se révèle légèrement plus onéreuse mais c'est principalement en termes de ressources humaines et de temps que l'investissement est le plus conséquent (Tableau 3.).

Toutefois, la résidence a réalisé une étude comparative avec les produits Finger Food vendu par la société Méco (Tableau 2.). Des essais ont été réalisés avec les membres du personnel et certains résidents dans le but de comparer les goûts des bouchées. En plus d'avoir un coût trois fois plus élevé que le prix de revient des préparations « maison », il en est ressorti que certaines bouchées avaient tendance à dénaturer le goût premier des aliments et que d'autres se sont avérées être plus mouillées rendant la préhension plus difficile. Notons que dans ce comparatif, l'investissement en temps des équipes n'a pas été intégré.

Enfin, précisons que le surcoût engendré par le Finger Food n'est pas répercuté sur le résident. Ce service étant, en théorie, bénéfique pour le résident, la direction trouve normal d'offrir cette alternative. Le Finger Food fait partie du projet de vie à l'égard de la personne âgée, c'est pourquoi il apparaît logique que ce soit donc la résidence qui supporte ce coût supplémentaire.

V. METHODES

1. Choix du type d'étude utilisée

Afin de répondre au mieux à notre question de recherche : « Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food », il nous a semblé plus approprié et pertinent d'utiliser la méthode qualitative. En effet, nous cherchons principalement à déterminer s'il est possible de rendre une certaine autonomie alimentaire aux personnes âgées de la résidence « Les Charriers », de lutter contre la dénutrition, et par conséquent d'améliorer la qualité de vie de ces personnes en utilisant comme outil le Finger Food.

L'analyse qualitative présente plusieurs avantages :

- Une grande liberté d'expression de la part des répondants,
- Une possibilité de relance et de reformulation de la part de l'intervieweur,
- Une opportunité de développer en profondeur une réponse intéressante ou interpellante.

En complément à cette méthode d'analyse, nous avons également effectué une observation de terrain au sein de l'institution afin d'objectiver les résultats de la mise en place de ce projet par nous-même. De plus, nous avons assisté à une rencontre pluridisciplinaire où les points de la prochaine réunion du personnel ont été abordés comme celui de rappeler les buts essentiels du projet. Nous avons assisté à cette réunion du personnel qui s'est tenue fin novembre 2018. La réunion a débuté par un quizz composé de 4 questions afin d'évaluer les connaissances du personnel sur le sujet avant de procéder aux rappels. Les réponses nous ont apporté un éclairage pour l'élaboration de notre guide d'entretien.

2. Dispositif de recueil d'informations

2.1. Stratégie

Pour commencer, nous avons rencontré l'un de nos deux promoteurs afin de lui exposer le fil conducteur de notre travail et discuter de la meilleure manière d'analyser notre sujet.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une grille d'observation sur base de la partie théorique. Les observations se sont déroulées sur 5 jours et elles nous permettront de recueillir diverses informations sur le déroulement des repas ainsi que sur le comportement des résidents.

En second lieu, nous avons décidé de faire des entretiens semi-directifs avec toutes les parties prenantes du projet en leur posant des questions ouvertes et courtes afin de laisser aux répondants une « *liberté de parole relative, au sein d'un cadre défini par le chercheur* » (Aujoulat, 2017). Nous avons donc élaboré un guide d'entretien basé sur la littérature et validé par notre promoteur. Ensuite, nous avons profité d'être sur place pour nos observations de terrain pour demander l'accord aux personnes choisies. Grâce aux interviews, les données récoltées seront riches et profondes. Lors des entretiens, nous veillerons également à être attentifs au témoignage des interviewés sans être focalisés sur ce que nous savons déjà.

Notons que les données récoltées suite à une méthode qualitative ne peuvent pas être généralisées à toute une population. Les résultats que nous obtiendrons ne pourront être valables que dans un contexte bien précis et applicables à l'échantillon étudié. Ces résultats sont transférables à condition que la population étudiée soit similaire et que le contexte soit semblable (Aujoulat, 2017).

2.2. Échantillon

Dans une étude qualitative, nous ne nous intéressons pas à l'étude d'une population mais plutôt d'un sujet en profondeur. « *L'échantillon ne doit donc pas être statistiquement représentatif de la population* » « *...mais tous les répondants doivent être choisis de manière à avoir quelque chose à dire sur le sujet* » (Aujoulat, 2017). De plus, l'échantillon est souvent limité en taille. Il n'est pas nécessaire de prédéfinir la taille de l'échantillon. Ce dernier va être considéré comme complet à partir du moment où nous aurons le sentiment que les répondants n'apportent

plus d'informations nouvelles sur le sujet (Aujoulat, 2017). Dans le cadre de notre mémoire, le type d'échantillon est intentionnel. En effet, il nous a semblé plus enrichissant pour notre analyse d'interroger les parties prenantes du projet. Ces dernières vont donc se composer du personnel nursing (à savoir au moins une infirmière, des aides-soignantes, la secrétaire médicale, une infirmière chef, et l'infirmière référente nutrition), du personnel de cuisine (auxiliaires de cuisine et chef cuisinier), de la diététicienne, de l'ergothérapeute, de la directrice et de proches de résidents. Malheureusement, en raison de leur état de santé, il n'a pas été possible d'interroger les résidents impliqués dans le projet.

Malgré la diversité des personnes interrogées, les critères d'inclusion sont les mêmes. L'ensemble des personnes devait être concernée directement ou indirectement par le projet. Le but étant de rester le plus « objectif » possible.

2.3. Instruments

2.3.1. Le guide d'entretien

Nous sommes partis de notre question de recherche et des résultats du quizz réalisé au préalable pour élaborer notre guide d'entretien. Différentes questions ont été développées dans le but d'aborder l'ensemble des sujets souhaités lors de l'interview.

Nous avons profité d'une réunion mensuelle avec notre promoteur pour lui soumettre notre guide d'entretien. Des suggestions ont été faites par notre promoteur pour étayer le thème portant sur la dénutrition. Nous les avons approuvées et intégrées dans notre guide. Pour le reste des thèmes et des questions élaborées, notre promoteur était d'accord afin de laisser une plus grande liberté de parole aux répondants.

Notre guide d'entretien est composé de 9 questions principales elles-mêmes composées de sous-questions (cfr Annexe 9). Toutefois, même si ce guide nous a permis de suivre un fil conducteur, nous avons été attentif à laisser la place à l'émergence d'éventuelles questions ouvertes. La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes. Toutefois deux entretiens se sont démarqués et ont duré respectivement 40 et 48 minutes. Tous les entretiens se sont déroulés dans un endroit calme et propice à la discussion. Afin de ne pas perturber le bon déroulement de nos entretiens et éviter que ces derniers puissent être interrompus, nous avons fonctionné par

prise de rendez-vous et veillé à ce que le personnel de terrain soit en nombre. De cette façon, les répondants ont pu prendre le temps nécessaire à cet effet.

En ce qui concerne l'enregistrement des entretiens, nous avons demandé l'autorisation à chaque répondant. Après leur accord, l'entretien était enregistré entièrement permettant la retranscription intégrale pour l'analyse. Chaque répondant a été préalablement informé de la possibilité d'arrêter l'enregistrement ou de mettre fin à l'entretien dès qu'il le souhaiterait. Enfin, leur anonymat a été préservé grâce à une codification.

2.3.2. L'observation directe

L'observation directe est une méthode qui va nous permettre de regarder attentivement et de prendre connaissance de la réalité du terrain. Elle s'ajoute à notre guide d'entretien dans le but d'apporter un complément à notre analyse.

Lorsque l'on utilise ce type de démarche, il est impératif que la méthodologie choisie reflète la situation observée afin que les données recueillies soient fiables et puissent être comparées au fur et à mesure de l'analyse.

Dans cette section seront donc reprises les observations qui nous ont permis de récolter des informations quant à l'environnement et aux comportements des résidents au moment du repas. Dans cette optique, nous avons jugé pertinent d'élaborer deux grilles d'observation distinctes (cfr Annexes 10 et 11).

Une **première grille d'observation dite « générale »** avec comme catégories principales l'hygiène des mains des résidents, l'environnement, la cuisine et le comportement des soignants lors de la prise en charge des résidents.

La **deuxième grille dite « par résident »**. Cette grille comprend des catégories plus spécifiques permettant d'obtenir des informations sur le déroulement du repas, sur le temps nécessaire au résident pour manger son repas, sur les quantités mangées et sur l'appréciation du repas. Une colonne était également prévue pour y reporter diverses observations que nous aurions jugé utiles.

Le déroulement des observations s'est fait la semaine du lundi 1^{er} avril 2019 au vendredi 5 avril 2019 inclus. Notons également que la variabilité des horaires de travail nous a permis d'observer un plus grand nombre de personnes sur le terrain.

3. Choix des méthodes de traitement d'analyse et de validation des informations

Notre analyse s'est réalisée en nous appuyant sur le cours d'introduction aux méthodes qualitatives enseigné par Madame Isabelle Aujoulat et qui nous a été donné en première année de master en sciences de la santé publique.

3.1. Méthode de traitement et d'analyse

Afin que les données qualitatives puissent être traitées à l'aide d'une analyse thématique descriptive, nous avons retranscrit tous les entretiens dans leur intégralité et nous les avons lus à de multiples reprises.

Le démarrage de l'analyse commence par une première étape qui consiste à découper le matériau en différentes unités d'analyse, aussi appelées unités de sens ou de signification (Aujoulat, 2017). Étant donné le caractère relativement récent du sujet en Belgique, « *les thèmes ne sont pas prédéfinis mais créés à partir du matériau récolté* » (Aujoulat, 2017, p.22). Ces unités d'analyse doivent respecter quatre critères afin de pouvoir « *garantir l'objectivité de la phase descriptive* » (Aujoulat, 2017, p.11) :

- **Exhaustivité** : « *Caractère de ce qui épuise un sujet* » (Larousse, n. d)
- **Objectivité** : « *Qualité de ce qui est conforme à la réalité, d'un jugement qui décrit les faits avec exactitude* » (Larousse, n. d)
- **Pertinence** : « *Qualité de ce qui est pertinent, logique, parfaitement approprié* » (Larousse, n. d)
- **Exclusivité** : « *Qui appartient à un seul [unité d'analyse]* » (Larousse, n. d).

Une fois cette première étape achevée, l'analyse se divise en deux niveaux : descriptif et interprétatif (Aujoulat, 2017). Le premier « *consiste à rendre compte systématiquement et*

objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche » (Aujoulat, 2017). Il a deux fonctions :

- « *Repérage : relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau de l'étude* » (Aujoulat, 2017) ;
- « *Documentation : rendre compte de l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc relever des récurrences, regroupements, etc.* » (Aujoulat, 2017).

Cette étape correspond à la présentation des résultats qui sera développée dans le chapitre suivant. En effet, le but recherché est avant tout de faire une description de la situation.

Le second niveau d'analyse « *consiste à interpréter et expliquer* » (Aujoulat, 2017). L'accomplissement de ce niveau se fait non seulement avec l'aide de « *la subjectivité du chercheur mais également ses connaissances issues de la littérature* » (Aujoulat, 2017). Cette phase coïncide avec l'analyse des résultats. Elle nous permet de dégager des tendances et des similitudes entre les répondants mais également de construire des liens entre les différentes catégories relevées.

Nous sommes donc en présence d'une démarche inductive elle-même guidée par une démarche de thématisation continue. En effet, nos unités d'analyse sont le fruit du résultat de nos entretiens. Elles n'ont pas été prédéfinies à l'avance, elles ont émergé tout au long du processus ; « *l'arbre thématique est construit progressivement et parachevé seulement à la toute fin de l'analyse du corpus* » (Aujoulat, 2017).

Le principe de groupement a été employé afin d'organiser nos unités d'analyse et nous permettre de déterminer nos thèmes : « *un thème ou une catégorie est rattaché(e) à un autre* » (Aujoulat, 2017). Au commencement, nous avons 10 thèmes que nous avons regroupés. Nous avons décidé de fusionner le thème « *Connaissances sur la dénutrition* » et « *Prise en compte* » en un seul thème « *Dénutrition* ». Ensuite, nous avons regroupés les deux derniers thèmes « *Suggestions* » et « *Autres* » en un thème « *Recommandations* ».

Après de multiples lectures de nos résultats, nos données qualitatives obtenues à travers nos entretiens ont été classées en 8 unités d'analyse, elles-mêmes divisées en sous-catégories (Cfr.

Tableau 6). Nous ajouterons, comme recommandé par Madame Aujoulat (2017), une courte définition des unités d'analyse.

3.2. Méthode de validation

A l'inverse d'une recherche quantitative, l'analyse qualitative s'inscrit « *dans un paradigme plutôt compréhensif, dit aussi interprétatif ou holistique* » (Mukamurera et al., 2006, p.111). Ce type d'analyse « *a longtemps été la cible de critiques, lui reprochant de manquer d'objectivité, de validité, voire de scientificité* » (Mukamurera et al., 2006, p.110). Or, plusieurs techniques existent, permettant de favoriser la validité de l'analyse. En effet, dans cette analyse, nous retrouvons différents critères de validité qui sont présents à trois moments différents : « *au moment de la récolte d'informations, au moment de l'analyse d'informations et au moment de l'analyse et de l'écriture du rapport* » (Aujoulat, 2017).

Pour commencer, plusieurs sources d'informations ont été consultées afin de confronter les résultats. Ensuite, une validation par les répondants a été constamment réalisée lors des entretiens ainsi qu'une comparaison avec les données informatisées et la littérature. Enfin, nous avons fait part de notre réflexivité personnelle dans la partie qui concerne la critique de notre étude.

4. Calendrier

Pour pouvoir rédiger ce mémoire, nous avons dû procéder par étape. Ce calendrier permet la visualisation de son développement et la façon dont notre réflexion a progressé.

Tableau 4. Calendrier	
Date	Activité
Juillet à août 2018	Lecture d'articles portant sur le sujet Rédaction du projet mémoire Élaboration de la question de recherche
Septembre 2018	Demande pour accord de promoteur
Octobre 2018	Validation du projet mémoire
Début novembre 2018	Rencontre avec l'un de nos deux promoteurs Présentation du fil conducteur du mémoire

Fin novembre 2018 à février 2019	Lecture d'articles portant sur le sujet Rédaction de la partie théorique
Mars 2019	Élaboration de la grille d'observation et du guide d'entretien
Avril à début mai 2019	Récolte des données
Mai à début juillet 2019	Analyse des données et rédaction de la partie pratique
Août 2019	Présentation du mémoire

5. Aspects éthiques

Dans le cadre de ce mémoire, nous serons amenés à observer des résidents mais aussi à interroger du personnel et la famille d'un résident. Conformément à la réglementation de l'Université Catholique de Louvain, il nous est demandé de soumettre ce mémoire à l'approbation du comité d'éthique. Le choix du comité d'éthique nous ayant été laissé, nous avons décidé de déposer notre requête auprès du comité d'éthique de l'hôpital de Jolimont à La Louvière. En effet, même si la résidence « Les Charriers » n'est pas directement attachée au comité d'éthique, nous avons préféré nous conformer aux règles en vigueur du Groupe Jolimont.

L'accord du comité d'éthique (cfr. Annexe 12) a été obtenu le 1^{er} avril 2019 par appel téléphonique de la directrice, jour où nos observations de terrain ont débuté. Quant à l'accord écrit, il a été reçu le jour qui a suivi.

Avant le commencement de notre travail, nous avons veillé à donner les informations sur les tenants et les aboutissants de l'étude à la directrice mais également à toutes les personnes concernées par le projet.

Nous veillerons à enregistrer, avant chaque entretien, le consentement des personnes interrogées.

Pour terminer, tous les renseignements personnels de cette enquête sont et resteront confidentiels. L'ensemble des données récoltées et utilisées resteront bien évidemment anonymes.

VI. RESULTATS

1. Introduction aux résultats

Pour commencer, au moment de la réalisation de l'étude, nous avons observés sept résidents qui mangeaient via la technique « Finger Food » (à l'exception du dernier jour où un huitième résident s'est ajouté). Parmi ces 7 résidents, d'eux d'entre eux mangeaient en chambre.

Ensuite, nous avons passé 11 entretiens. Selon les critères définis dans la méthode, nous avons donc interrogé toutes les parties prenantes au projet à savoir : la diététicienne, une infirmière chef, une infirmière, une infirmière relais référente en nutrition, la secrétaire nursing référente en nutrition, une aide-soignante, un auxiliaire de cuisine, le responsable cuisinier, un ergothérapeute, la directrice et une famille de résidents. Malheureusement, en raison de leur état de santé, il s'est avéré impossible de réaliser un entretien avec l'un des résidents.

2. Présentation des échantillons

Dans le tableau suivant, nous avons présenté la description des échantillons selon différentes caractéristiques.

Tableau 5. Données sociodémographiques des échantillons		
	Premier échantillon	Deuxième échantillon
Effectif	11	7 + 1 inclusion dernier jour
Type	Parties prenantes	Personnes âgées
Age moyen	36	84
Sexe	18% masculin 86% féminin	12% masculin 88% féminin
Région	Wallonie	Wallonie

3. Tableau récapitulatif

Une répartition des données qualitatives en unités d'analyse est présentée dans le tableau 6. Il reprend donc les différentes catégories émergentes ainsi que leurs définitions et sous-catégories respectives.

4. Présentation des données

Nous avons décidé de présenter nos résultats en deux parties distinctes : les réponses des parties prenantes et les observations de terrain.

4.1. Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des parties prenantes

1. Dénutrition

Cette première catégorie nommée « *dénutrition* » a été introduite par des questions générales permettant d'évaluer les connaissances que les personnes interrogées peuvent avoir sur cette thématique ainsi que leur perception sur l'importance de tenir compte de la dénutrition en MRS. Nous avons divisé cette unité en quatre sous-catégories comme illustré ci-dessous.

La sous-catégorie « **prévalence** » fait référence au pourcentage de résidents souffrant de dénutrition en MRS. De manière générale, les personnes interrogées estiment la prévalence aux alentours de 30 à 40 pourcents : « *Nous avons 18% de résidents dénutris et à peu près 38 à 40% de résidents qui sont à risques* ». Néanmoins, selon la fonction exercée par le répondant, le **pourcentage de cette prévalence** a tendance à être surestimé : « *Je sais que c'est un grand nombre [...] 40%* », « *C'est important.... Peut-être 65%* », « *Je dirais la moitié, 50%* ».

Ensuite, de nombreux « **facteurs favorisants** » constituent des éléments d'alerte du risque de dénutrition des personnes âgées. Selon la HAS (2007), la dénutrition peut être favorisée ou associée à certaines situations plus spécifiques aux personnes âgées. Parmi les **principaux facteurs ressortis** au cours des entretiens, ceux relevés coïncident avec les situations présentées dans le tableau 1 (HAS, 2007) : « *L'entrée en institution parce que c'est un changement d'environnement* », « *Il y a déjà les problèmes mécaniques, c'est-à-dire les problèmes de dentition ; l'isolement ; la médication [...] certains médicaments peuvent provoquer une inappétence ; Et puis, il y a toutes les pathologies de la personne âgée* », « *Les médecins mettent encore des régimes pour d'autres pathologies [...] cela risque d'entraîner encore plus la dénutrition* ». Nous sommes particulièrement interpellés par les facteurs mis en évidence par **deux des intervenants** : « *La nourriture, ils n'aiment pas toujours les repas [...] malgré le deuxième choix* », « *Nous sommes aussi la cause de ce problème [...] le service est parfois trop accéléré. Du coup, on ne donne pas assez le temps à la personne pour manger* ».

En effet, il apparaît qu'un menu moins varié ou des solutions de rechange restreintes peuvent réduire la notion de choix associée au respect des goûts individuels. Lorsque le menu servi ne correspond pas aux goûts du résident, ce dernier refusera probablement de manger ce qui lui a été présenté. La répétition d'une telle situation entraînera une détérioration de l'état nutritionnel qui pourra dégénérer en dénutrition. Afin d'éviter cette détérioration, le temps alloué aux repas doit être également adapté aux besoins du résident (Keller H. H., 1993).

La sous-catégorie « **signes** » comprend les différentes manifestations cliniques en rapport avec une dénutrition et qui vont alerter le personnel de soins. L'anorexie, l'apathie, l'asthénie et l'amaigrissement sont des signes qui doivent alerter sur des apports nutritionnels insuffisants (Raynaud-Simon et al., 2000). En MRS, le signe qui revient régulièrement et qui alerte le personnel soignant est la **perte de poids** : « *La perte de poids, au niveau du comportement et du faciès [...] les vêtements qui deviennent trop grands* », « *La perte de poids, l'aspect physique de base et à la prise de sang qui peut être catastrophique* ». Notons que l'amaigrissement est le signe d'une dénutrition déjà installée. Par ailleurs, le signe précédent la perte de poids qui va alerter le personnel de cuisine est la **quantité restante** dans les assiettes : « *Je le vois aussi aux assiettes quand je vais débarrasser [...] c'est limite s'ils ont mangé deux cuillères* », « *A notre niveau, c'est quand la personne, elle ne mange pas [...] on donne les crèmes enrichies, elles nous reviennent. Quand on fait la repasse et que l'assiette n'a pas bougé* ». Ce signe souligne l'importance d'une communication efficace entre les différents intervenants et ce, afin de prévenir la perte de poids.

Pour terminer, la dernière sous-catégorie renvoie à la « **prise en compte** » de la dénutrition en MRS et à son importance. **La majorité des intervenants** s'accordent à dire que la nutrition des personnes âgées occupe une place importante au sein de l'institution. En effet, en plus des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, le CLAN (Comité de Liaison Alimentation et Nutrition) qui se réunit tous les trois mois et aborde des questions plus spécifiques à la nutrition. De plus, les intervenants ne manquent pas de souligner l'engagement de l'institution dans de multiples projets touchant à l'alimentation : « *Tous les trimestres, il y a le CLAN où on parle de tout ce qui touche à l'alimentation et la nutrition des personnes âgées. C'est vraiment une priorité en MRS* », « *Nous sommes étonnés par rapport à l'avancement de certaines choses que nous faisons et que nous mettons en place ici contrairement à d'autres maisons de repos[...]La direction est vraiment à cheval à ce niveau-là* ». Toutefois, **un intervenant** a relevé un point

d'attention : « *On le remarque mais je trouve un peu tard [...] ce n'est pas quelque chose qu'on va objectiver tout de suite* ».

2. Outils utilisés pour la prise en charge de la dénutrition

Cette catégorie englobe les différents moyens utilisés et mis en place au sein de l'institution ainsi que leur fréquence.

Dans la sous-catégorie « **prise de poids** », diverses informations ont été relevées. En règle générale, le poids est pris : « *A l'admission des résidents, une fois par mois et en retour d'hospitalisation* ». En pratique, le nombre d'effectifs présent sur le terrain peut constituer un frein au respect de la procédure : « *Ça peut être problématique quand on n'a pas le nombre de personnel adapté sur le terrain surtout pendant les grandes vacances* ». A l'inverse, un intervenant axe son discours en soutenant la recherche de solutions dans l'intérêt du résident : « *La charte est appliquée depuis 2011 [...] ça demande de la rigueur et on me dit toujours : « On n'est pas assez, on n'a pas le temps ! ». On n'essaie pas de réfléchir à comment on peut faire [...] On a un mois pour faire les poids, donc on peut partager le bâtiment et faire un étage chaque semaine. Ça doit être délégué aux aides-soignantes, ça doit être communiqué et repris sur les feuilles de route* »

En ce qui concerne la sous-catégorie « **MNA** », il faut savoir que ce test est entré en vigueur dans le courant de l'année 2011, au moment de l'application de la charte qualité nutrition de la personne âgée en maisons de repos. En effet, l'institution était l'une des six maisons de repos choisie pour le test opérationnel à la mise en œuvre de cette charte. Tout d'abord, les intervenants nous ont détaillé les modalités de réalisation de ce test : « *On prend chez la personne sa taille et son poids, puis on pose des questions* ». En effet, ce test comprend six questions. Si le résultat est à ces six questions est insuffisant, le test est poursuivi avec douze questions supplémentaires. Les résultats vont permettre d'identifier si le résident est à risque de se dénourrir, en voie de se dénourrir ou déjà dénourri et adapter la prise en charge. Comme pour la catégorie précédente, des informations sur la fréquence de ce test nous ont été rapportées par les personnes interrogées. Il se fait donc : « *A l'admission, en retour d'hospitalisation, et tous les trois mois ou les six mois. On le fait tous les six mois pour ceux qui ont un bon score et tous les trois mois pour ceux qui sont en voie de se dénourrir ou dénourris* ». Toutefois, les intervenants évoquent le fait que le test peut être réalisé à d'autres moments, notamment à la demande du

médecin traitant lorsqu'un **changement dans l'état de santé** et/ou une **perte de poids** sont observés. Une grosse difficulté qui a été mise en avant concerne la gestion des rappels pour effectuer les réévaluations : *« C'est parfois plus compliqué à mettre en place car ça demande de faire attention à la date de réévaluation. C'est la secrétaire médicale, la diététicienne et moi-même en tant qu'infirmière référente nutrition qui nous en occupons ; Personnellement, j'ai un calendrier à part où je note les dates »*.

Pour terminer, la dernière sous-catégorie « **Autres moyens** » reprend, comme son nom l'indique, tous les autres moyens de prise en charge mentionnés par certains intervenants. Nous retrouvons les feuilles des ingestas, les bilans bucco-dentaires, les compléments nutritionnels oraux et l'adaptation des textures. Un intervenant mentionne la prise de sang pour regarder le niveau des protéines mais elle ne se fait pas d'emblée en maison de repos et de soins. Un point qui n'a pas manqué d'être relevé est que depuis la mise en œuvre de la charte, les compléments nutritionnels oraux sont plus naturels : *« Avec la charte, nous avons changé certaines façons de faire [...] nous utilisons beaucoup moins les compléments nutritionnels industriels au profit de compléments nutritionnels naturels faits par le personnel de cuisine »*.

3. Finger Food

L'enjeu dans l'accompagnement du sujet dément porte sur les moyens mis en œuvre pour adapter son environnement en tenant compte de ses difficultés plutôt que de vouloir le maintenir dans une situation d'échecs et de mal-être continu (Pouyet et al., 2013). Au sein de notre troisième catégorie, nous retrouvons donc l'ensemble des extraits se rapportant au déroulement du projet Finger Food ainsi que sur les implications de sa mise en place. Nous les avons divisés en cinq sous-catégories.

Tout d'abord, cette sous-catégorie reprend les extraits qui ont été abordés et qui expliquent « **l'aspect pratique** » du projet. Le Finger Food est composé de réductions d'atouts pouvant être mangés avec les doigts en un bouchée et particulièrement adapté pour les résidents présentant une apraxie conduisant à des difficultés pour utiliser leurs couverts (Benattar et Lemoine, 2009). Les intervenants s'accordent également à dire qu'il permet d' « *offrir aux résidents qui ont des troubles la même nourriture que leurs voisins de table présentée d'une façon plus agréable qu'un bol mixé [...] sous forme de petites bouchées qui sont faciles à prendre en main et pour que le résident puisse la mettre en bouche lui-même* ». Le profil des

résidents bénéficiant du Finger Food est assez diversifié mais il est principalement destiné aux résidents ayant des troubles nutritionnels suite à une maladie neurocognitive. En effet, dans ce type de pathologie, les difficultés praxiques et l'agnosie visuelle peuvent entraîner une incapacité à s'alimenter seul (Slaughter et al., 2011). D'ailleurs, ces faits ont été relatés par les personnes interrogées : « *Pour les résidents qui ont des difficultés à manger avec les couverts ou qui ne voient plus correctement pour manger* ». De plus, la littérature le décrit comme une réadaptation de la prise alimentaire dont l'objectif principal est d'améliorer la qualité et la quantité du bilan calorique et les répondants n'ont pas manqué de le faire remarquer : « *Pour favoriser la reprise alimentaire chez les résidents qui ne mangent plus et pour qui c'est plus facile de manger avec les mains* ». Les répondants soulèvent également qu'une communication a été faite auprès des familles afin de les avertir : « *La diététicienne a pris contact avec nous pour nous expliquer que c'était le même repas que les autres résidents, que c'était transformé et adapté pour qu'elle puisse manger seule* ».

Dans cette sous-catégorie, les différents extraits sur « **les implications organisationnelles** » ont été relevés. La majorité des intervenants ont mis en avant que les implications ont été principalement supportées par le personnel de cuisine en raison des préparations supplémentaires que nécessitent le projet : « *La cuisine est le service le plus impacté car c'est une texture en plus à préparer [...] D'abord, ils doivent faire le repas de jour et à partir de là, ajouter la poudre Knorr pour terrines et soufflés, le bouillon liquide, mixer et mettre au four* », « *Ca prend facilement une heure pour préparer le Finger Food [...] une personne est détachée et ne fait que ça* ». Malgré tout, le chef cuisinier essaie d'initier toute son équipe à la préparation du menu Finger Food et à la réalisation des bouchées. En ce qui concerne les implications pour les soignants, le fait que les résidents se nourrissent en mangeant avec les mains demande au personnel soignant de veiller à une hygiène correcte des mains des résidents : « *Je n'ai pas eu l'impression que cela a impliqué une surcharge de travail [...] être attentif à ce que les mains du résident soient propres avant et après le repas* ». Pour les résidents, les intervenants nous ont rapporté que : « *Cela demande des adaptations quotidiennes en fonction de leur état* », « *C'est au jour le jour [...] c'est une méthode géniale mais ça demande de les surveiller quotidiennement* ».

Cette troisième sous-catégorie reprend les extraits abordés par les intervenants sur « **le suivi** » des résidents qui mangent en Finger Food. Nous avons d'abord obtenu des informations précisant le personnel en charge du suivi. Parmi les réponses récoltées, il apparaît que le suivi

et les décisions concernant la nutrition sont prises par la diététicienne, les infirmières chefs et les référentes nutrition : « *Le suivi peut se faire en réunion pluridisciplinaire ou lorsque les soignants viennent me faire les retours [...] il y a aussi les responsables* ». A travers notre revue littéraire, les diverses recommandations stipulent que la mise en place du Finger Food requiert un travail multidisciplinaire incluant tous les soignants. Toutefois, les intervenants relatent que : « *Les infirmières de terrain et les aides-soignantes vont remonter l'information mais elles ne vont pas prendre la décision* ». Toutefois même si le personnel de terrain ne prend pas la décision, les extraits suivants mettent en évidence **la place de la communication** dans le suivi : « *On peut donner notre avis pour favoriser le changement et passer le résident en Finger Food* », « *Quand je vois un patient qui arrive à attraper des objets, je vais proposer le Finger Food [...] Pour être certaine que ce soit entendu, je vais voir la diététicienne si elle est là, les référents et le chef cuisinier* ». En raison d'une grande variabilité de la dépendance des personnes atteintes de maladies démentielles, le suivi nécessite une **véritable adaptation individuelle** : « *Ça doit se faire quotidiennement [...] on ne peut pas se dire : « On passe quelqu'un en Finger Food et ça perdure ! »* ».

Ensuite, la sous-catégorie « ***l'aspect positif*** » reprend l'ensemble des termes à connotations positives sur le projet. Le Finger Food est souvent présenté comme un moyen d'améliorer le statut nutritionnel, l'appétit et l'autonomie aux repas des personnes atteintes de démence (Launaz et al., 2005 ; Scheltens et al., 2010). Ce sont principalement ces **bienfaits** qui ont été mis en avant par les intervenants interrogés : « *C'est pour que les personnes retrouvent une autonomie, qu'elles puissent manger seules et à leur rythme* », « *Les résidents nous donnent l'impression de manger avec appétit* », « *On a quand-même une prise de poids ou au moins une stabilisation* », « *Ça permet une stabilité au niveau de la maladie vu que la personne arrive à garder une certaine indépendance* ». Les familles et proches des résidents nous vantent également les points positifs observés chez leur proche : « *Le retour d'une résidente et de sa famille, c'est que : « grâce au Finger Food, je peux manger, je suis à table avec les autres mais au moins je ne suis pas sale* », « *Nous trouvons ça génial [...] ça fonctionne bien avec maman, elle mange à nouveau avec appétit* ». Malgré une **charge de travail supplémentaire** pour le personnel de cuisine, l'aspect positif est également fort marqué dans leurs réponses : « *Pour nous, c'est une charge de travail supplémentaire mais quand on voit le résident retrouver son autonomie, ça vaut le coup à 100%* ».

Malgré un fort enthousiasme, les intervenants ont toutefois repéré certains « *aspects négatifs* » du projet. Ces aspects sont majoritairement liés à un *manque d'implication et/ou de sensibilisation* du personnel de terrain : « *Le personnel soignant n'est pas toujours assez sensibilisé ou peut-être qu'il n'a pas compris le but de la méthode [...] ils ont tendance à donner à manger* ». Même si le Finger Food a l'avantage de faciliter l'initiation au repas, il ne démontre pas de *diminution de l'assistance alimentaire* lorsque la forme clinique de la pathologie démentielle ne leur permet plus de manger seul (Edahiro et al., 2012). Dans ces cas, les temps de repas peuvent être plus longs que pour les repas classiques et il apparaît que : « *Les soignants ont tendance à donner plutôt que de stimuler pour aller plus vite* ». Un intervenant trouve d'ailleurs que « *c'est en voie de perdition et en train de s'essouffler car on utilise les couverts pour leur donner à manger par facilité* ». D'autres aspects négatifs ont été relevés mais ils portent plus sur *les contraintes organisationnelles*. C'est essentiellement pour la cuisine que le travail peut être contraignant du fait qu'ils doivent gérer non seulement le menu habituel mais aussi le menu Finger Food. De plus, certaines adaptations doivent être faites en fonction du légume, situation perçue comme complexe par les intervenants concernés. D'autres pensent que le *personnel de terrain n'est pas suffisamment en nombre* : « *Je trouve qu'il devrait y avoir plus de personnel pour les accompagner mais ce n'est pas fait* ». Enfin, un des derniers aspects négatifs évoqués fait référence à *l'hygiène autour du soin repas*. L'hygiène des mains de la personne avant et après le repas, la propreté du visage, la protection de la personne, la mise à disposition de linges humides, ... seront des actions qui garantiront la réussite du projet (Fauré et Camallières, 2012). Cet aspect semble être encore problématique au sein de l'institution : « *Je ne peux pas affirmer que les soignants lavent bien les mains des résidents avant et après chaque repas* », « *Honnêtement, le lavage des mains n'est pas fait. On n'a pas absolument pas le temps de passer à la salle de bain leur laver les mains* ».

4. Vécu

Lors des entretiens, nous avons voulu savoir ce que le projet apportait aux résidents. L'utilisation du Finger Food peut orienter vers une reprise d'une certaine autonomie, de désir, d'envie, de plaisir de manger, de partage et de maintien de la dignité (Pouyet et al., 2013). Dans les réponses récoltées, plusieurs éléments vont dans ce sens. Nous les avons classés en trois sous-catégories.

Cette première sous-catégorie concerne tout ce qui se réfère à « **l'autonomie** » du résident. Les intervenants nous font part de leurs observations quotidiennes et ne manquent pas de relever que cette méthode permet non seulement aux résidents de retrouver une certaine forme d'autonomie mais également de pouvoir **manger à leur rythme** et d'**opérer des choix** dans la sélection des aliments : « *Il peut manger seul et à son rythme, retrouver le plaisir élémentaire à choisir* », « *Ce n'est pas le soignant qui impose le rythme* », « *Elle a le réflexe de prendre la nourriture et de l'amener à la bouche donc c'est que ça fonctionne [...] Avant, elle pouvait rester devant son assiette à la regarder sans savoir quoi faire* ». Certains requièrent une **stimulation** : « *La plupart des résidents mangent seuls avec simplement une stimulation verbale à côté d'eux* ». Cependant, les intervenants nous ont fait part que cette autonomie est fonction de leur **état journalier** : « *Le résident qui a des troubles cognitifs [...] il y a des jours où ça ne va pas, c'est parfois plus difficile d'attraper les bouchées* », « *Il y en a certains qu'on doit accompagner en leur mettant la petite quenelle dans la main, essayer au début de faire le geste avec eux et puis quand nous l'avons fait une fois ou deux, ils font le geste eux-mêmes* ».

Ensuite, la deuxième sous-catégorie reprend les extraits dont les intervenants nous ont fait part et qui illustrent « **le plaisir de manger** » : « *Quand on voit une résidente lécher ses doigts à la fin du repas [...] visuellement on voit qu'elle prend du plaisir à manger* », « *Ils en redemandent [...] quand on les voit manger à pleine bouche, je pense qu'on peut dire qu'ils prennent du plaisir* ». Ce qui a été particulièrement mis en avant, ce sont **les saveurs retrouvées** ainsi que **l'attrait pour l'assiette** grâce à cette méthode : « *Le plaisir gustatif [...] ils peuvent retrouver des saveurs qu'ils n'ont pas en bols mixés ou en mixé séparé* », « *Oui, j'ai un exemple concret d'une résidente qui lorsqu'on lui sert un bol, elle ne regarde pas et n'est pas intéressée mais avec l'assiette, elle émet des sons, elle prend une bouchée qu'elle met dans la sauce, elle est vraiment attirée par l'assiette* ». Certains ont associé le plaisir de manger au simple fait que **le résident mange à nouveau** : « *Ils remangent et goûtent de nouveau aux aliments [...] ce qu'ils ne faisaient plus avant* », « *Elle a toujours bien aimé manger et elle a des mimiques [...] nous on les connaît et c'est vrai qu'on les voit toujours* ».

Et enfin, les intervenants nous ont fait part de leur perception sur la façon dont le projet améliore « **la qualité de vie** » des résidents. L'ensemble des personnes interrogées associe la qualité de vie à la récupération d'une certaine forme d'**autonomie** ainsi qu'au simple fait que le résident puisse s'**alimenter**. Nous avons repris quelques-uns des extraits illustrant ces propos : « *Le fait*

qu'ils retrouvent l'envie de manger c'est lié à une amélioration de leur qualité de vie », « Même s'ils ne l'expriment pas, le fait de voir qu'ils le font eux-mêmes et qu'ils sont satisfaits, ça veut dire que ça leur apporte un plus et qu'il y a une qualité qui est présente », « Je pense que le regard des autres c'est important et donc ils sont à table avec les autres, ils se nourrissent seuls et comme ils veulent [...] Je pense qu'il y a une qualité qui est présente même si pour eux on ne sait comment ils le ressentent, ça n'est pas exprimé ». La famille que nous avons interviewée l'exprime par le fait que l'état de santé de leur proche semble s'améliorer ainsi que l'observation d'une reprise alimentaire : « Elle a repris du poids, on trouve qu'elle est beaucoup mieux. Manger, c'est le plaisir principal et c'est important [...] ça améliore son quotidien ; Si elle continue à manger et si elle a le goût de manger, c'est que ça lui procure du bien sinon elle ne mangerait plus ».

5. Points forts

Notre sixième catégorie concerne les « *points forts* » perçus par les personnes interrogées lors de la mise en place du projet Finger Food. Nous l'avons subdivisé en deux sous-catégories.

La première reprend les points forts qui sont « *liés au résident* ». Les principaux points repris par les intervenants se réfèrent à l'autonomie, au plaisir alimentaire et au goût : « *Je dirais plus d'autonomie pour le résident [...] du plaisir à manger seul et de l'autosatisfaction* », « *L'indépendance, la liberté de choix [...] le goût de manger* », « *Retrouver son autonomie, une certaine estime de soi du fait de manger seul. Ils retrouvent parfois le goût de certains aliments qu'ils avaient oublié à cause des bols mixés* ». Pour certains, un des points forts essentiels est que le Finger Food permet de lutter contre la dénutrition et d'améliorer l'état de santé général du résident : « *La spirale infernale de la dénutrition ne va pas s'installer si le résident s'alimente correctement* » « *Ça contribue à son bien-être médical [...] Je sais qu'elle a eu un début d'escarre et c'est certain que se nourrir et d'avoir certains apports jouent au niveau de la guérison de plaies* ». Certains des intervenants estiment que la présentation de l'assiette fait partie des points forts : « *Une attractivité pour l'assiette [...] qui augmente l'appétit du résident* », « *La présentation et les couleurs* », « *Le visuel est beau et on mange les aliments séparés* ».

La deuxième, quant à elle, constitue les points forts « *liés au personnel* ». Les intervenants expriment un gain de temps suite à la mise en place du Finger Food : « *On peut surveiller plus*

*de monde pour le même temps pendant un repas de midi [...] c'est vraiment un gain de temps », « A mon sens, un gain de temps pour le soignant [...] qui peut le dédier d'une manière autre que pour l'alimentation ». Les extraits des intervenants soulignent le fait que le Finger Food demande plus une **surveillance** de la part du personnel. Certains considèrent que cette surveillance **facilite** la prise en charge des résidents : « On lance une personne, on stimule, on regarde [...] c'est plus facile pour le personnel », « Il faut une surveillance mais ils peuvent plus s'occuper d'autres personnes où il y a vraiment une nécessité de donner à manger ». Deux extraits se détachent des autres, témoignant d'un **sentiment de satisfaction** que devrait éprouver le personnel : « Ça devrait être [...] la satisfaction de pouvoir encore permettre à quelqu'un qui a des difficultés, d'être autonome et de pouvoir profiter d'une alimentation saine adaptée », « Le seul point fort, c'est d'être content qu'ils mangent un peu plus [...] qu'ils peuvent sortir de la dénutrition et de voir qu'ils gardent un peu d'autonomie »*

6. Points à améliorer

Cette catégorie met en avant « *les points à améliorer* » que les parties prenantes ont abordé au cours de l'entretien. Cette unité d'analyse a été classée en trois sous-catégories principales.

Premièrement, nous avons relevés les différents points à améliorer « **liés au résident** » dont les interviewés nous ont fait part. Le **lieu** où le résident prend son repas a son importance pour une poignée d'intervenants : « *Avoir un endroit au calme [...] si c'était encadré dans un lieu calme, ils pourraient vraiment se concentrer à manger par eux-mêmes [...] il ne faudrait peut-être plus les aider autant* », « *Un endroit pour eux plus apaisant [...] parce qu'il y a d'autres résidents qui critiquent beaucoup du fait qu'ils mangent avec leurs doigts* ». Certains pensent que le Finger Food devrait être envisagé pour **d'autres repas** : « *Qu'on puisse proposer le dessert en Finger Food* », « *Proposer une version sucrée* ». D'autres **points plus variés** nous ont également été rapportés : « *Connaître l'apport calorique pour rectifier le tir si ce n'est pas suffisant* », « *Que les résidents disposent de plus de temps car cela prend du temps de manger en Finger Food* », « *Communiquer plus avec les familles car je pense que l'on ne le fait pas assez* »

Deuxièmement, des points à améliorer « **liés au personnel** » ont été abordés. Parmi ceux-ci, les interviewés mettent l'accent sur la **formation du personnel soignant** : « *Proposer une formation en interne à tout le personnel* », « *Sensibiliser le personnel avec une réunion ou une formation [...] pour que tout le monde soit au courant de l'évolution et comment cela fonctionne afin que*

tous adoptent la même façon de travailler », « Formation !!! [...] certains ont énormément de mal avec tout ce qui est alimentation, on mettrait tout le monde en eau gélifiée et en texture lisse ». Quelques-unes des personnes interrogées nous font part de la nécessité de sensibiliser le personnel. Les extraits nous précisent que le personnel ne semble pas toujours adopter la prise en charge adéquate chez les résidents qui consomment du Finger Food : « Le sensibiliser davantage à la méthode et qu'il comprenne qu'il y a un bénéfice pour le résident mais aussi pour le soignant », « Le respect de l'hygiène des mains et aussi sensibiliser le personnel soignant à stimuler le résident avant de lui donner », « Que ça devienne un automatisme pour le personnel et que ça ne soit perçu comme une charge de travail supplémentaire ». Pour terminer, d'autres mentionnent des points qui touchent à l'encadrement et à la communication. Cela semble être primordial pour une prise en charge efficace : « Un meilleur encadrement des résidents et avoir un réel suivi [...] car on tombe dans une routine, on oublie et on fait moins attention », « Plus communiquer entre les chefs, les référents, le personnel infirmier et les aides-soignants », « Mettre des aides-soignants référents étant donné que c'est eux qui sont présents aux côtés du résident ».

Enfin, nous avons fait état de tout ce qui pouvait être amélioré « liés au menu ». Les personnes démentes ont tendance à être attirées par les bouchées accompagnées de sauce et celles composées de deux couches. Afin d'améliorer la perception sensorielle des repas, les techniques de fabrication doivent donc tenir compte de la forme, de la couleur et de l'aspect. De plus, la température des bouchées semble avoir une influence sur la texture et donc sur les possibilités de préhension (Pouyet, 2014 ; Delaide, 2011 ; Best & Appleton, 2011). Les principaux extraits vont dans ce sens : « Parfois le petit cake n'est facilement prenable [...] ils s'écrasent quand ils le prennent ou c'est trop mou », « Le menu, c'est souvent la même chose [...] de la purée tous les jours », « Faire des quenelles bien allongées pour faciliter la préhension », « Changer les textures si c'est possible pour qu'ils n'aient pas toujours la même chose entre les mains ». D'autres remarques ont été amenées par quelques intervenants. Le processus d'amélioration continue est cité pour offrir des bouchées toujours plus goûteuses, proposer dans la mesure du possible le menu du jour mais aussi adapter le Finger Food à d'autres repas : « On va vers une amélioration quotidienne [...] plus on avance, meilleur est le goût et c'est pareil pour la texture », « Que ce soit le plus possible le menu du jour », « Vu que maman aime bien les tartines, peut-être couper ses tartines pour qu'elle puisse manger comme en Finger Food ».

7. Ressentis

Dans cette catégorie, nous avons repris tous les « *ressentis* » qui ont été exprimés par les intervenants. Nous les avons répertoriés en différentes sous-catégories telles que : le ressenti positif, le négatif et le neutre.

La sous-catégorie « **ressenti positif** » comprend l'ensemble des sentiments positifs exprimés. Les intervenants employés depuis de nombreuses années au sein de l'institution soulignent l'évolution de la prise en charge des résidents au niveau de la dénutrition : « *Ça fait longtemps que je suis ici et avant ça n'existait pas tout ça ... les MNA, la prise de poids, etc... On voit la différence même quand ils ont des plaies, une perte de poids [...] tout a évolué de façon à ce qu'on puisse prendre en charge au mieux le résident* ». Concernant le Finger Food, l'enthousiasme des personnes interrogées ressort assez fort dans les extraits : « *Le Finger Food, ça laisse le choix au résident [...] rien que ça, c'est gagné* », « *Continuer à faire tout ce qui est nécessaire pour que la dignité humaine soit présente* », « *Personnellement, j'ai goûté et c'est vraiment bon [...] on retrouve tous les goûts des aliments* ». Le personnel de cuisine met en avant divers points comme la valorisation de leur travail et l'évolution permanente des recettes : « *On évolue tous les jours par rapport aux temps et aux méthodes de cuisson [...] au four, à la vapeur, etc ...* », « *Ça valorise l'institution, le travail de cuisinier mais surtout humainement c'est intéressant car on arrive à faire remanger la personne* ». Enfin, la famille interrogée semble ravie des informations reçues : « *On nous a tout bien expliqué [...] on peut faire confiance au personnel* »

La sous-catégorie « **ressenti négatif** » comprend à l'inverse l'ensemble des sentiments négatifs qui ont été émis. Les répondants nous rapportent que le bruit est un élément perturbateur pour les résidents mangeant en Finger Food et être source de distraction : « *On ne peut pas dire qu'on mange dans le calme et la convivialité* », « *Le bruit, il faudrait plus de calme pour leur éviter toute distraction* ». Ce qui interpelle également une grande partie des intervenants, ce sont les critiques qui peuvent être émises à voix haute aussi bien par les autres résidents que par les membres du personnel : « *Les autres résidents critiquent beaucoup [...] après je peux comprendre car ils se projettent et se disent que ça va leur arriver* », « *Les remarques du personnel qui dit devant le résident : « la couleur, ça ne va ; ça a l'air dégueulasse » [...] le résident n'aura pas envie de manger si on critique son assiette* ».

Enfin, la dernière sous-catégorie « **ressenti neutre** » reprend l'ensemble des ressentis qui n'ont pu être placés dans les sous-catégories ci-dessus de par le fait qu'ils sont plus nuancés : « *Il ne faut pas stigmatiser ce profil de résidents* », « *Je ne me suis jamais amusée à mesurer le nombre de décibels qu'il y a dans la salle à manger mais il y a pas mal de bruits !* », « *Faire goûter le personnel une fois par mois pour savoir ce que le résident mange* », « *Une étudiante en diététique est en train de calculer les apports caloriques des repas qui sont en Finger Food* »

8. Recommandations

Les intervenants nous ont fait part de certaines remarques. Nous les avons classés en deux sous-catégories, à savoir les recommandations dites « générales » et les « spécifiques ».

Les recommandations « **générales** » qui ont été émises pour favoriser le **bien-être**, l'**autonomie alimentaire** et la **qualité de vie**. Parmi les nombreuses recommandations citées, les intervenants mentionnent la **formation du personnel** jugée indispensable pour prendre en charge correctement les résidents en Finger Food : « *Avoir du personnel vraiment formé et qui aurait une bonne approche pour permettre aux résidents d'avoir plus d'autonomie pendant les repas* ». Le chef de cuisine suggère l'instauration de repas « *comme à la maison* » afin de **raviver la dimension de plaisir** et d'**offrir plus de convivialité** aux résidents : « *Organiser une fois par semaine un repas comme chez soi avec six ou sept résidents où on cuisinerait avec eux par exemple un poulet rôti qu'on mettrait à table et qu'on couperait devant eux, les faire choisir la partie qu'ils voudraient et surtout leur laisser le temps de manger jusqu'au bout [...] rien qu'au niveau des souvenirs* ». Il a été également suggéré dans les extraits de proposer dans l'avenir du **Finger Food « déambulation »** : « *Mettre des assiettes un peu à gauche et à droite dans le restaurant pour laisser la possibilité aux résidents de se servir quand ils le veulent [...] mais ça demande une analyse par rapport aux règles de l'AFSCA* ». Ce type de Finger Food s'adresse principalement à des résidents ayant des troubles du comportement de type akathisie avec déambulation intempestive. De cette façon, ils peuvent se nourrir de manière fractionnée pendant les promenades tout au long de la journée (Philip, 2012). Enfin, il apparaît important pour les intervenants de prendre en considération les goûts : « *Tenir compte des goûts des résidents plus confus [...] on s'occupe moins de savoir s'ils sont plus salés ou sucrés comme ils parlent moins [...] alors que parfois on les voit dévorer une crêpe ou une banane [...] il faut donc être plus attentif à ça pour pouvoir adapter un peu plus les repas en fonction de leurs goûts* ».

La seconde reprend les recommandations « **spécifiques** » au projet. Les intervenants mettent en avant l'**importance du suivi**. Une collaboration de toutes les équipes est vivement recommandée afin de pérenniser le projet : « *Faire une piqûre de rappel au niveau du personnel en leur expliquant en quoi cela consiste et faire prendre conscience aux aides-soignantes que leurs observations sont importantes* », « *Avoir une ou deux personnes référentes pour avoir un suivi plus régulier* », « *Se voir plus [...] peut-être chaque fin de semaine pour avoir un meilleur suivi* ». Certaines personnes interrogées nous ont fait part du fait qu'il serait peut-être préférable de déplacer les résidents mangeant en Finger Food dans un **endroit à l'abri du bruit**. En effet, avec ce profil de résidents, toute distraction peut les conduire à se détourner de leur assiette : « *Les mettre ensemble dans un endroit plus au calme* », « *Peut-être les regrouper pour qu'ils puissent se stimuler entre eux* ». Pour clôturer ce point, une dernière recommandation serait d'étendre le projet en proposant une **version sucrée** : « *Je pense qu'on pourrait faire du Finger Food sucré* ».

4.2. Synthèse de l'observation des résidents mangeant en Finger Food

L'observation des résidents et de leur environnement, au moment des repas, nous a permis de récolter un panel d'informations pertinentes pour notre analyse.

En ce qui concerne l'**environnement** dans lequel les résidents prennent leur repas, nous avons pu relater les observations suivantes.

Pour commencer, nous avons constaté la présence d'un **ergothérapeute** au moment des repas.

Ensuite, nous avons été attentif au **menu**. Les résidents en Finger Food mangeaient le menu du jour, à l'exception des jours où le féculent n'était pas adapté par la cuisine (pâtes, croquettes, ...). Nous avons observé que la pomme de terre était le principal féculent qui était adapté en bouchées même si la préparation peut parfois différer (purée, gratin dauphinois, ...). Au niveau des portions de viandes et de légumes, nous avons remarqué une grande diversité.

Au total, nous avons observé sept résidents à l'exception du dernier jour où huit résidents mangeaient en Finger Food. Deux d'entre eux mangent dans leur chambre et les autres sont regroupés dans la **même aile du restaurant** qui est une nouvelle construction annexée à la salle existante et datant à peine de deux ans. Parmi les résidents prenant leur repas à cet endroit, trois

sont installés à la même table et les autres sont dispatchés à des tables différentes. Notons que même si cette aile est légèrement en retrait par rapport à la salle principale, nous ne pouvons pas dire que les résidents soient placés dans un espace où règne le calme.

Par rapport à l'**hygiène des mains**, même si logiquement les mains de chaque résident devraient être propres indépendamment de leur type d'alimentation, une consigne spécifique a été instaurée pour les résidents mangeant en Finger Food. Cette dernière précise que leurs mains doivent être lavées en chambre avant et après chaque repas. Nous n'avons jamais pu l'objectiver lors de la période d'observation. En effet, la totalité de l'équipe soignante est chargée des transferts des résidents à la salle à manger. En raison du nombre élevé de personnel présent sur le terrain auquel s'ajoute des étudiants en stage, nous n'arrivions jamais à obtenir l'information concernant le lavage des mains avant le repas (cfr. Entretien avec les parties prenantes). Néanmoins, nous nous sommes aperçus de la présence de lingettes mises à disposition du personnel. En fonction du personnel présent, ces lingettes étaient utilisées après le repas. Pour clore ce point, précisons qu'une salle de bain est également située à proximité du restaurant et pourrait servir à cet effet.

Au niveau de **la présentation des assiettes**, la cuisine utilise des assiettes adaptées à ce type d'alimentation où les bouchées sont disposées autour d'un compartiment central prévu pour y placer la sauce. Cette disposition donne plus d'aisance aux résidents pour prendre les bouchées. Celles-ci ont généralement une forme allongée. Toutefois, il arrive que certaines soient plus arrondies. Nous avons observé que la forme arrondie rendait la préhension plus difficile aux résidents surtout pour les tremper dans la sauce.

Pour terminer, l'observation du **comportement des soignants** dans l'accompagnement de ces résidents nous a semblé judicieuse. Des disparités importantes ont été observées en fonction des équipes présentes sur le terrain. En effet, nous avons remarqué que le but de ce projet a été mieux intégré et compris par certains soignants que par d'autres. Lors des observations, nous avons constaté que certains soignants favorisaient un maximum l'autonomie du résident, que ce soit par la stimulation verbale ou via un accompagnement dans le geste. A l'inverse, d'autres donnent de prime abord à manger aux résidents en utilisant les couverts. La raison invoquée pour justifier ce comportement était liée à la dégradation de l'état général ne permettant plus au résident de s'alimenter correctement de manière autonome. Même si nous sommes dans un processus d'adaptation quotidienne avec ce profil de résidents, cette justification s'est avérée

infondée puisque nos observations ont montré un comportement inverse qui avaient des résultats positifs. La plupart du temps, les résidents arrivaient à effectuer le geste. Un seul résident a rencontré des difficultés liées à son état journalier. Enfin, nous avons pu observer que certains soignants laissaient le choix alimentaire au résident.

A ces observations plus générales se sont ajoutées des **observations par résident**.

Tout d'abord, en ce qui concerne le **déroulement du repas**, nous avons observé que la plupart des résidents arrive à manger de manière autonome. La présence de soignants leur offre une surveillance au moment des repas afin de les accompagner ou les guider si cela s'avère nécessaire. Deux résidents requièrent tout de même une aide journalière. Le type d'aide va dépendre de leur état journalier allant d'une aide partielle à une aide totale. Lorsque l'aide est partielle, le soignant va placer la bouchée dans la main du résident et accompagner son mouvement. Notons que même les jours où l'aide devait être totale, le résident conservait tout de même des moments de pure autonomie. Par rapport aux résidents prenant leur repas en chambre, un passage du soignant est juste nécessaire pour s'assurer du bon déroulement du repas.

Ensuite, le **temps** nécessaire au résident pour manger le repas est propre à chacun d'eux. Certains résidents peuvent prendre 10 min pour ingérer leur repas. A l'inverse, d'autres vont mettre jusque 30 min. Néanmoins, la moyenne d'un repas oscille aux alentours de 15-20 min.

Le **nombre de bouchées** par assiette varie de six à neuf selon l'appétit du résident. Au niveau des **quantités ingérées**, elles sont variables d'un résident à l'autre et dépendent principalement de l'état journalier de la personne. Ils mangent au minimum la moitié de leur assiette mais la plupart n'éprouve pas de difficultés à manger l'entièreté. Au cours des observations, nous avons également constaté que des choix alimentaires étaient fait lors de la préhension des bouchées. En effet, certaines couleurs ont tendance à les attirer plus. Les quenelles de viandes sont celles vers lesquelles ils vont se diriger le plus. Lorsqu'ils ne mangent pas la totalité, ce sont majoritairement les quenelles de légumes que nous retrouvons présente dans l'assiette.

L'**appréciation du repas** s'est faite soit par observation directe soit en posant la question aux résidents. Nous avons pu constater que les résidents mangeaient avec appétit.

Lors de notre dernier jour d'observation, une résidente est repassée en Finger Food. Une adaptation journalière a été instaurée chez cette résidente en raison de son état qui fluctue quotidiennement. Le jour de l'observation, la résidente a mangé neuf bouchées de manière autonome. Le soignant a juste dû la stimuler verbalement pour l'aider à tremper ses quenelles dans la sauce.

Pour terminer, diverses informations ont été mises en évidence :

- Le regard des autres a une importance pour certains résidents qui continuent à utiliser des **couverts** à leur demande. Pour certains, la moitié du repas s'effectue avec les couverts et l'autre moitié avec les mains ;
- L'état journalier du résident va énormément influencer son attitude au moment des repas. En effet, une **stimulation verbale** a été régulièrement observée même lorsque le résident sait manger en toute autonomie ;
- Une plus grande facilité de préhension avec les **quenelles allongées**.

VII. DISCUSSION

Au cours de cette étape, nous sommes amenés à nous interroger sur ce que nous ont appris les résultats. Quelles sont les grandes tendances apparues et quels constats marquants pouvons-nous en faire ? Voici les principaux éléments liés à l'étude des résultats.

En premier lieu, notre recherche par entretien a sollicité l'opinion d'un panel assez diversifié de professionnels ainsi que celle d'une famille. Cette diversification nous a permis d'obtenir une complémentarité dans les réponses obtenues. Rappelons que l'objectif était d'identifier et d'évaluer les connaissances, perceptions et attitudes associées à la nutrition des personnes âgées, à la prise en charge de la dénutrition et au projet Finger Food afin de promouvoir l'autonomie alimentaire des résidents au sein de la maison de repos et de soins étudiée. La finalité visée est, quant à elle, de déterminer certains points qui seront consolidés et argumentés grâce à notre analyse afin de pouvoir développer des pistes d'amélioration dans le but de pérenniser le projet.

Nous avons pu constater dans la partie contextualisation de ce travail (Allepaerts, 2014 ; Patry et al., 2010 ; Raynaud-Simon, 2011) que la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées institutionnalisées varie entre 15 et 38%. Ces chiffres coïncident avec les réponses qui nous ont été données par la plupart des intervenants. Par ailleurs, nous avons relevé que la connaissance de cette prévalence est dépendante de la fonction occupée par les personnes interrogées. Nous avons pu remarquer que le personnel à fonction hiérarchique ainsi que la diététicienne se montraient plus informés que leurs subalternes.

Ensuite, certaines situations sont susceptibles de favoriser la dénutrition. Lors des entretiens, les intervenants ont mis en avant une série de facteurs corroborés par le tableau 1. Les principales situations relevées sont psycho-socio-environnementales avec l'isolement et l'entrée en institution, certaines pathologies surtout les démentielles, les troubles bucco-dentaires, les traitements médicamenteux au long cours et certains régimes. Toutefois, une poignée d'intervenants mettent en cause d'autres facteurs comme la nourriture et le temps accordé aux résidents. Cela coïncide avec deux éléments considérés dans le cadre théorique où le temps dont disposent les soignants pour l'aide à l'alimentation va influencer la prévalence de la dénutrition (Allepaerts et al., 2014). De même, différents facteurs environnementaux

comme la nourriture peuvent avoir une incidence sur la prise alimentaire (Nieuwenhuizen et al., 2010).

L'opinion globale nous montre que la perte de poids est le signe qui alerte principalement le personnel soignant. Ce qui ne manque pas d'attirer notre attention est le constat fait par le personnel de cuisine. Ce dernier nous rapporte que ce sont les quantités restantes dans les assiettes qui vont les alerter sur un éventuel risque de dénutrition. C'est le genre d'information dont nous devons tenir compte pour prendre rapidement en charge la dénutrition au sein de l'institution. Néanmoins, même si la majorité des intervenants s'accorde à dire que la prise en compte tient une place importante, un intervenant ne manque pas de souligner qu'on le remarque parfois un peu tard et que ce n'est pas une chose qui va être objectivée tout de suite. Aucune conclusion hâtive ne doit être tirée mais il serait sans doute à propos de pouvoir s'y intéresser afin de déterminer si la communication entre les différentes équipes influence la prévalence de la dénutrition.

Dans la partie théorique, nous avons développé les principaux outils de dépistage de la dénutrition. Pour rappel, il s'agissait de la prise de poids ainsi que la réalisation des MNA. Sur base de notre récolte de données, nous avons pu observer que l'ensemble de ces solutions est utilisé au sein de l'institution étudiée pour tenter de dépister la dénutrition. Cependant, la majorité des intervenants a souligné qu'il n'était pas aisé d'avoir un suivi régulier, notamment pour les raisons suivantes : surcharge de travail, manque de personnel, manque de temps, ...

Ces dires ont pu être confirmés en consultant le logiciel informatique de l'institution. En règle générale, la prise de poids se fait à l'admission et puis mensuellement. Or, il apparaît que les poids sont pris correctement huit à neuf fois sur l'année. Les mois de juillet et août sont souvent manquants dans les relevés tout comme le mois de novembre et celui de février. Ces mois correspondent bien aux périodes de vacances les plus prisées par les membres du personnel. Par ailleurs, un intervenant a fait remarquer qu'on restait centré sur les problèmes, plutôt que de réfléchir à comment on pourrait faire... Sachant que les soignants disposent d'un mois pour prendre les poids, un partage du bâtiment pourrait être fait et prendre un étage par semaine. Cet intervenant précise que ce travail doit être délégué aux aides-soignantes, communiqué et repris sur les feuilles de route. Il y a là, un angle intéressant à considérer dans la perspective d'amélioration.

Dans cette thématique, le plus gros point d'attention est porté sur la réalisation du MNA. Ce dernier se réalise également à l'admission et au minimum tous les 6 mois sauf dans les cas où un risque de dénutrition est présent, le personnel infirmier doit alors renouveler l'évaluation dans les trois mois. Parmi les résidents observés et faisant l'objet de notre étude, nous constatons un manque de régularité dans le suivi de ce test. En effet, nous avons relevé que les tests ne sont pas systématiquement réalisés à l'admission. De plus, nous observons que pour l'année 2018, certains résidents n'ont eu l'évaluation qu'une seule fois malgré un score qui nécessitait de la refaire au bout de trois mois. Nous sommes remontés jusqu'en 2017 où nous avons remarqué que les évaluations ont fait l'objet de plus de rigueur puisqu'elles ont été réalisées au minimum deux fois sur l'année. Suite à ce constat, il sera probablement intéressant d'investiguer davantage les raisons qui justifient ce manquement pour l'année 2018 afin d'y remédier. En complément à ces outils, d'autres moyens nous ont été rapportés par les intervenants : les feuilles d'ingesta, le bilan bucco-dentaire, la prise de sang, les compléments nutritionnels oraux, adaptation des textures, ...

L'analyse de la thématique sur le Finger Food nous permet de souligner que l'institution a fait le choix de réaliser des bouchées en mixé lisse pour convenir à plusieurs profils de résidents. Un des points forts soulevé par plusieurs des répondants est l'aspect pratique du projet. En effet, il permet d'offrir aux résidents avec des troubles démentiels ou maladies apparentées la même nourriture que leurs voisins de table présentée d'une façon plus agréable qu'un bol mixé.

Un autre point important que nous avons soulevé est que les implications organisationnelles ont été principalement supportées par l'équipe de la cuisine qui se retrouve à préparer une texture supplémentaire à partir du repas du jour. Ce constat ne fut guère étonnant. En effet, Malerba et al. (2015) précisait que la mise en place du Finger Food nécessitait un véritable travail en amont surtout aux étapes de la confection et de la distribution. De même, nous avons vu dans la théorie qu'il est recommandé de respecter l'hygiène des mains avant et après le repas. Au sein de l'institution, cette tâche incombe au personnel soignant.

Au sein de ce thème, nous avons pu constater que le suivi occupe une place essentielle afin de garantir la pérennité du projet. Le suivi repose sur une communication efficace entre les équipes. Étant présent sur le terrain, le personnel soignant est le plus à même d'établir un compte rendu de la situation aux responsables. En raison de leur état de démence, ce suivi doit

se faire quotidiennement. Lorsque certaines incapacités perdurent dans le temps, il apparaît alors nécessaire de revoir la situation et de changer le type d'alimentation.

Les aspects positifs liés à la mise en place du projet sont sans équivoque même si cela implique une surcharge de travail pour une partie du personnel. Le personnel observe que les résidents mangent à leur rythme et semblent le faire avec appétit. Une résidente en a témoigné en précisant que grâce au Finger Food, elle pouvait être à table avec les autres sans être sale. Un autre aspect positif non négligeable mis en avant par les répondants est le maintien ou la prise de poids observée suite au passage en Finger Food. Afin de confirmer ces propos, nous nous sommes appuyés sur les relevés de poids encodés dans le logiciel informatique. Il est vrai que nous observons une stabilisation du poids ou une prise de poids pour cinq résidents sur les huit observés. Pour les trois autres résidents, une perte de poids comprise entre 3 et 7% est présente pour les six derniers mois. En remontant au-delà des six derniers mois, ces relevés ont montré que la perte de poids était davantage majorée avant le passage en Finger Food. Malgré tout, un questionnement sur les apports caloriques mérite d'être soulevé pour le futur.

Même si la majorité s'accorde à dire que les aspects positifs priment, quelques aspects négatifs ont été portés à notre attention. Lors des entretiens, les intervenants ont souligné qu'un manque d'implication et/ou de sensibilisation de la part du personnel de terrain impacte défavorablement le projet. Il apparaît que l'hygiène des mains n'est que très peu respectée avant les repas. Un autre constat met en avant le fait que certains membres du personnel donnent à manger au lieu de favoriser la stimulation. Même si les principales raisons évoquées pour justifier cette attitude sont la facilité et le manque de temps, ce dernier point ne manque pas de nous interpeller et nous conduit à un autre questionnement. Est-ce vraiment par facilité ou n'est-ce pas en raison d'un comportement paternaliste du soignant et ancré dans les mœurs que le repas est donné au lieu de favoriser l'autonomie du résident ? En effet, nous rebondissons sur les propos de Cicirelli (1992) et de Laforest (1989) qui expliquaient qu'un des facteurs contribuant le plus souvent à la perte d'autonomie est la pression de l'environnement poussant les intervenants à agir à la place de la personne âgée.

Dans la thématique sur le vécu, nous avons pu remarquer que les résidents récupéraient une certaine autonomie. Comme les intervenants l'ont précisé au cours des entretiens, le résident peut manger de manière autonome et à son rythme ce qui lui permet de retrouver le plaisir élémentaire de choisir, le soignant n'impose alors plus le rythme. Cela rappelle un élément

considéré dans le cadre théorique où les auteurs Timko & Moos (1990) mettaient en évidence « l'importance de l'autonomie psychologique chez les sujets âgés institutionnalisés ». En effet, il apparaît que le bien-être psychologique est augmenté lorsque les institutions s'organisent en fonction des choix et des options de la population qu'elles desservent. De plus, Daniewicz et al. (1991) nous avait également interpellé en disant qu' « une fois que les intervenants ont compris l'importance de laisser choisir les personnes âgées pour ainsi améliorer leur contrôle personnel, ils les encouragent à prendre leurs décisions de façon autonome ». La mise en place du projet témoigne effectivement de la volonté institutionnelle d'aller dans ce sens.

Mais l'autonomie ne semble pas être le seul effet découlant de la mise en place du projet. Les intervenants ont remarqué que les résidents prenaient à nouveau du plaisir à manger. Sachant que la notion du plaisir associée au repas est fondamentale et qu'elle constitue une des clés de la prévention de la dénutrition, cette dimension tient une place essentielle dans la prise en charge de ces personnes. Il ne faut pas oublier que la personne âgée, souvent dépendante, reste concernée par le plaisir (Baudu, 2008).

Étant dans l'impossibilité de nous entretenir directement avec les résidents, la question abordant la qualité de vie s'appuiera sur les perceptions des répondants et nous l'aborderons également dans la partie suivante (1.2.). Selon eux, le projet améliore sensiblement la qualité de vie des résidents en leur permettant de s'alimenter et de récupérer une autonomie pour le faire. Nous pouvons confronter ces points de vue à l'analyse d'entretiens de personnes âgées faite dans la partie théorique (Borglin et al., 2005 ; Nilsson et al., 1998 ; Nilsson et al., 1996). Parmi les dimensions qui participeraient à la qualité de vie globale de population âgée, un des axes évoqués est la perception d'une certaine maîtrise de l'environnement. Si nous nous référons au propos de Daniewicz et al. cité plus haut, nous pouvons considérer que la dimension autonomie impacterait positivement l'amélioration de la qualité de vie.

Comme tout projet, des points forts et des points à améliorer ont été identifiés. Nous avons distingué les points forts liés aux résidents et ceux liés au personnel. Les principaux points forts touchant le résident sur lesquels les intervenants insistent sont l'autonomie alimentaire, le plaisir de manger et le goût. Les deux premiers ayant déjà été abordés, nous nous attarderons plus sur le dernier point. Pour l'avoir testé, l'ensemble des intervenants et nous-même nous accordons à dire que la saveur des aliments est préservée. En effet, nous craignons à une uniformisation du goût suite à l'ajout de la poudre Knorr utilisée pour lier les aliments mais

nous avons pu constater que chaque aliment conserve son goût d'origine. Le seul point d'attention qui pourrait faire l'objet de recommandations futures est la teneur en sodium contenue dans cette poudre.

Pour le personnel, le gain de temps et la facilité apparaissent être les éléments dominants des points forts. Les répondants nous rapportent qu'ils peuvent s'occuper de plus de résidents pour le même temps et le consacrer à autre chose qu'à l'alimentation. Au vu de ces affirmations, nous nous confrontons avec une contradiction mise en évidence plus haut, à savoir le manque de rigueur dans le respect de l'hygiène des mains imputé au manque de temps. Afin de clarifier les propos des intervenants et éviter d'en donner une mauvaise interprétation, il convient dès lors de différencier le moment précédent le repas et le moment du repas.

Au niveau des points à améliorer, les intervenants nous ont fait remarquer que le lieu où les résidents prennent leur repas est fort bruyant. Sur ce point, les avis semblent diverger entre le groupe de répondants qui pense que le bruit peut avoir un impact défavorable sur la prise alimentaire et ceux qui pensent que le fait de les laisser à table avec d'autres résidents contribue à les stimuler et surtout maintenir un lien social. Au sein de cette thématique, le plus marquant concerne les points à améliorer pour les membres du personnel. Au travers des témoignages, nous ressentons qu'il y a un réel besoin de formation et de sensibilisation du personnel. Celui-ci ne semble pas toujours agir de manière conforme aux souhaits de la direction. La communication apparaît également comme un élément essentiel sur lequel il conviendra de travailler dans le futur. En effet, une communication efficace permettra une meilleure prise en charge de ces résidents.

En ce qui concerne le menu Finger Food, quelques points ont été portés à notre attention. La forme allongée des quenelles doit être privilégiée car elle offre une meilleure préhension aux résidents. Le choix du féculent est ressorti à de nombreuses reprises. Effectivement, il apparaît que la pomme de terre soit le féculent de premier choix pouvant donner une sensation de récurrence aux résidents. Par ailleurs, rappelons que le projet n'est qu'à ses débuts et dans un processus d'amélioration continue.

Enfin, notre analyse nous a permis de recueillir divers ressentis exprimés par les répondants sur le projet. La majorité d'entre eux était positive. Pour commencer, le projet apporte humainement en permettant à la personne de remanger. Ensuite, il offre la possibilité aux

résidents de choisir et il permet de préserver la dignité humaine. Cependant, des ressentis négatifs nous ont été rapportés. Ces derniers ciblent des événements que nous pouvons considérer comme étant stressant pour les résidents : le bruit, les critiques faites par les autres résidents et le manque de tact dont peut faire preuve le personnel.

Pour terminer, toutes les recommandations sont bonnes à prendre. Nous avons effectué une distinction entre les recommandations générales et celles spécifiques au projet. Premièrement, nos résultats rapportent une forte demande de formation du personnel visant à offrir plus de temps au moment des repas et de plus tenir compte des goûts des résidents confus. Une des recommandations qui a particulièrement attiré notre attention est celle faite par le chef de cuisine qui suggérait d'organiser une fois par semaine un repas « *comme à la maison* » avec quelques résidents. En effet, comme l'ont souligné Wikby & Fägerskiöld (2004) la dimension « plaisir » d'un repas peut aller du plaisir à le préparer pour soi-même ou pour les autres à la décoration de la table, à la façon dont les plats sont présentés jusqu'au plaisir de le partager avec d'autres. Quant aux recommandations spécifiques au projet, ce qui ressort est la demande de développement du projet par les intervenants en souhaitant que ce dernier s'étende et qu'on puisse proposer des versions sucrées quotidiennement.

La collecte d'informations par observation directe nous a semblé être l'approche la plus appropriée pour compléter notre recherche par entretien. En effet, l'objectif recherché avec cette méthode est principalement d'analyser le comportement ainsi que l'environnement du résident lors des repas afin de déterminer si le projet affecte ou non la qualité de vie de ce dernier.

Pour commencer, nous avons été attentif à l'environnement qui entoure le résident. Comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la notion de plaisir est fondamentale et elle inclut notamment un environnement favorable. Pour rappel, Nieuwenzen et al. (2010) identifiaient quatre catégories de facteurs environnementaux. Le premier étant lié à la personne, nous ne pouvons interagir que sur les trois autres qui sont liés à la nourriture, au contexte social et au contexte physique. L'importance du contexte social est également soulignée par Brillat-Savarin (1842) qui définissait le plaisir de la table comme suit : « *du temps suffisant, des convives agréables, du bon vin, et une nourriture au moins passable* ». Selon ces auteurs, le cadre dans lequel se déroule le repas prime donc sur le repas lui-même.

Nous avons pu observer que l'endroit était assez spacieux munis de grandes baies vitrées offrant de la clarté en suffisance et une vue sur le jardin rendant l'espace physique agréable. Nous avons également pu constater que le Finger Food impacte le facteur lié à la nourriture. En effet, l'apparence de l'assiette est attrayante et le goût est présent en comparaison au bol mixé. Le seul bémol observé est la forme arrondie des bouchées rendant la préhension plus difficile. Le dernier facteur lié au contexte social semble être celui sur lequel l'institution a le plus de mal à agir. L'attitude du personnel soignant ne semble pas toujours être en adéquation avec la volonté institutionnelle. Effectivement, au cours des observations, aucune hygiène correcte des mains des résidents n'a pu être objectivée comme la recommandation l'impose. De plus, certains membres du personnel tendent à donner à manger aux résidents au lieu de favoriser leur autonomie. Face à ce constat, deux éléments émergent : le travail réalisé en amont apparaît inutile et ce comportement nuit à la pérennisation du projet.

L'ambiance sociale du repas va, quant à elle, dépendre de l'endroit où est placé le résident. Certains sont placés avec des résidents mangeant normalement, les confrontant parfois à la critique. Ici encore, le choix de l'institution de mélanger les profils de résidents nous amène à un questionnement : Connaissant les avantages et les inconvénients de l'isolement social ainsi que des effets de l'environnement sur la prise alimentaire, faut-il faire le choix de laisser les résidents dans ce type de configuration ou faut-il envisager de les regrouper afin d'améliorer leur bien-être et donc leur qualité de vie ? A ce stade, nous ne pouvons malheureusement pas apporter une réponse précise et cela mériterait plus d'investigations afin d'avoir un éclairage à ce sujet.

Ensuite, indubitablement, un autre constat flagrant est que les résidents retrouvent non seulement de l'autonomie mais également de l'appétit grâce au Finger Food. En dépit de l'avancée de la maladie chez certains résidents, nous avons été surpris de leur capacité à aller chercher les bouchées dans l'assiette et de les porter à leur bouche. Au travers de certaines mimiques et sons émis, nous avons pu juger qu'ils prenaient du plaisir à manger.

Pour conclure cette analyse, nous reviendrons sur les propos de Mabire et al. (2013) précisant que : « Dans la prise en charge de la démence, les interventions visant à maintenir, restaurer ou à augmenter la qualité de vie de ces personnes sont considérées comme étant de plus en plus essentielles ». En effet, à ce stade et au vu des résultats obtenus, il n'est pas présomptueux d'affirmer que le Finger Food fasse partie de ces interventions et soit perçu comme un projet

pouvant améliorer la qualité de vie de personnes atteintes de démence ou autres pathologies associées, entraînant des difficultés lors de la prise alimentaire.

1. Perspective d'amélioration

Le fait d'avoir obtenu des résultats, que ce soit lors des entretiens ou des observations n'est pas une fin en soi mais bien le commencement de la mise en œuvre d'un plan d'actions en vue d'améliorer le projet de manière générale mais également la prise en charge de la dénutrition au sein de l'institution. En effet, la volonté institutionnelle de pérenniser le projet ainsi que de renforcer la politique de promotion de l'autonomie alimentaire et de lutte contre la dénutrition permettra à l'ensemble du personnel soignant de se sentir porté par ce projet et de s'y investir pour améliorer la qualité de vie du résident.

Dès lors, il serait judicieux :

1. Que les personnes sélectionnées lors de la phase test puissent continuer à développer la mise en œuvre du projet afin de pérenniser le processus de promotion à l'autonomie alimentaire en l'intégrant à la culture institutionnelle ;
2. D'inscrire et de rendre la formation sur la dénutrition des personnes âgées obligatoire pour tous dans le cadre d'un programme annuel de formation ;
3. De développer une stratégie d'implémentation de dispositifs nécessaires à améliorer le suivi des outils de dépistage tels que les prises de poids et les MNA ;
4. De programmer des évaluations régulières de l'ensemble des soignants, qu'elles portent aussi bien sur les connaissances de la dénutrition que sur l'importance de sa prise en compte au sein des MRS. La restitution des résultats ainsi que leur analyse identifieront les points forts mais également les points à améliorer. Une répétition de ces évaluations permettra au fil du temps d'améliorer la prise en charge de la dénutrition ;
5. D'étendre le projet en mettant des assiettes à disposition du résident à divers moments de la journée et en proposant une version sucrée journalière ;
6. De calculer les apports caloriques des portions proposées ainsi que la teneur en Sodium contenue dans la poudre liante afin d'améliorer davantage le produit fini ;

7. D'intégrer au sein du projet des personnes clés se trouvant sur le terrain et qui pourront faire état de la situation auprès des responsables du projet. Celles-ci pourront être une aide précieuse pour le suivi du projet et sa pérennisation.

2. Critique

Ce point est dédié à la critique de notre travail dans son ensemble. Lors de l'élaboration de ce travail, nous avons été confrontés à une série de limites malgré notre volonté de recherche de cohérence et de rigueur dans notre revue littéraire et dans notre méthodologie.

Pour commencer, notons que le lien que nous partageons avec la maison de repos est une limite à notre recherche. Il est vrai qu'être employé au sein de la maison de repos étudiée peut amener les répondants à ne pas exprimer clairement le fond de leur pensée et donc à se limiter dans leurs propos.

Ensuite, l'absence d'entretiens auprès des personnes âgées est une seconde limite à notre mémoire. En raison de leur état de santé, il nous aurait été impossible d'obtenir des informations de leur part. Ces entretiens auraient pu témoigner du ressenti propre du résident quant à sa qualité de vie. Pour pallier ce manque, nous avons effectué une hétéro évaluation en posant la question aux parties prenantes.

Enfin, notre première expérience en méthode qualitative peut être une troisième limite à notre étude. Étant donné que nous n'avons vu qu'en théorie la méthode qualitative et son analyse au cours de notre première année de master, il est fort probable que l'analyse proposée puisse être améliorée. En effet, lorsque nous avons réalisé les entretiens, nous n'avons sans doute pas dû faire preuve de la même habileté qu'un expert en la matière par rapport aux questions de relance.

Malgré tout, le choix de la méthode qualitative reste un point fort. La collecte des données via des entretiens semi-directifs à questions ouvertes et courtes a offert aux répondants une liberté de paroles permettant d'obtenir des réponses plus enrichissantes.

Enfin, nous avons veillé à respecter le critère de réflexivité et à ne pas interpréter les propos d'une personne sur base de nos connaissances personnelles.

VIII. CONCLUSION

Tout d'abord, nous pouvons relever l'engouement et l'intérêt certain des répondants concernant l'implémentation du Finger Food au sein de l'institution. Lors des entretiens et des observations de terrain, nous avons effectivement relevé une satisfaction générale tant de la part du personnel que de la part des résidents et de leurs proches. De plus, cette alternative aux repas dits « traditionnels » favorise autant la reprise que l'autonomie alimentaire, objectif vers lequel les maisons de repos et de soins vont devoir se diriger dans les années à venir.

En effet, avec l'évolution des taux de dépendance, il devient pressant d'étudier et d'évaluer la manière dont ces dispositifs censés lutter la dénutrition sont ancrés dans les institutions de soins pour personnes âgées. Dès lors, il nous paraissait donc judicieux d'établir un état des lieux et de détecter les facteurs favorisant cette dénutrition pour mieux prévenir cette problématique qui est multifactorielle et requière une approche systémique.

Afin de continuer à apprécier le moment du repas et la nourriture, il apparaît important d'encourager les personnes dépendantes à se nourrir de manière autonome. Ainsi, le concept du Finger Food est de plus en plus utilisé afin de permettre aux sujets âgés de garder de l'autonomie au moment des repas. Il permet également de rendre le repas plus plaisant grâce aux belles couleurs dans l'assiette et à la présentation en petites tailles. Le Finger Food va alors permettre de préserver ou redonner de l'autonomie à la personne tout en luttant contre la dénutrition.

Au cours des entretiens, les intervenants ont souligné une pléiade d'atouts propres à la mise en place du projet. Cependant, plusieurs pistes d'amélioration ont également été apportées. En effet, nous avons relevé un point essentiel lors de l'analyse des entretiens : la direction et les responsables doivent amplifier la sensibilisation du personnel et détecter leur besoin de formation. Il faut donc conscientiser, responsabiliser, informer, former et convaincre le personnel. Le but recherché est non seulement d'amener le changement mais également de pérenniser leur comportement afin d'optimiser la prise en charge

Enfin, nous avons pu constater que la résidence « Les Chartriers » a déjà acquis un certain savoir-faire en termes de prise en charge de la nutrition et de lutte contre la dénutrition des

personnes âgées. De plus, elle continue à déployer ce savoir en s'investissant dans de nouveaux projets avec comme préoccupation première le résident et son bien-être.

Nous terminerons ce mémoire par le postulat suivant : la lutte contre la dénutrition doit être intégrée dans un plan stratégique de santé institutionnel voir de plus grande envergure. Nous nous devons d'agir et tous les établissements de santé destinés aux personnes âgées devraient se sentir concernés. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique qui doit faire partie des priorités actuelles.

IX. BIBLIOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. (2003). *Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés*. Disponible à l'adresse : https://www.has-sante.fr/jcms/c_432199/fr/evaluation-diagnostique-de-la-denuitration-proteino-energetique-des-adultes-hospitalises, consulté le 15 janvier 2019.

ALLAPAERTS S., DE FLINES J., PAQUOT N. (2014). La nutrition de la personne âgée. *Revue médicale de Liège*, 69(5-6), 244-250. Disponible à l'adresse : <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/174450/1/4%20ALLEPAERTS%20Nutri%20%287%29.pdf>, consulté le 22 décembre 2018.

BAUDU S. (2008), Le repas, source de plaisir. *La revue francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 15(148), 424-427.

BEST R.L, APPLETON K.M. (2011). Comparable increases in energy, protein and fat intakes following the addition of seasonings and sauces to an older person's meal. *Appetite*, 56(1), 179-182. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0195666310005313>, consulté le 12 février 2019.

BORGLIN G., EDBERG A.K., HALLBERG I.R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19(2), 201-220. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0890406504000751>, consulté le 21 février 2019.

BOURDEL-MARCHASSON I., ROLLAND C., JUTAND M.A., EGEA C., BARATCHART B., BARBERGER-GATEAU P. (2009). Undernutrition in geriatric institutions in South-West France : policies and risk factors. *Nutrition*, 25, 64-155. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.nut.2008.07.016>, consulté le 27 novembre 2018.

BOWLING A. (2007). Quality of life in older age : what older people say. In : MOLLENKOPF H., WALKER A., (Eds). *Quality of life in old age*. Dordrecht : Springer, pp 15-30. Disponible à l'adresse : <https://link-springer-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/content/pdf/10.1007%2F978-1-4020-5682-6.pdf>, consulté le 21 février 2019.

BRILLAT-SAVARIN J.A. (1842). *Physiologie du goût ou médiations de gastronomie transcendante*. Paris : Charpentier. 476 p.

BROCKER P. (2008). Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. *La Revue de Gériatrie*, 33(7), 619-626. Disponible à l'adresse : https://www.sfnm.org/images/stories/pdf_presseDenutrition/2008-10-20REVUE_DE_GERIATRIE.pdf, consulté le 14 décembre 2018.

BROMBERG S., CASSEL C.K. (1983). Suicide in the elderly : The limits of paternalism. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(11), 698-703. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6630829>, consulté le 4 janvier 2019.

BRY S M., COPPIETERS Y., DE BREUCKER S. (2014). Étude sur les connaissances et les pratiques en lien avec la dénutrition des personnes âgées en maisons de repos. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 12(4), 387-393. Disponible à l'adresse : https://www.jle.com/download/gpn-303448-27910-etude_sur_les_connaissances_et_les_pratiques_en_lien_avec_la_denuitrition_des_personnes_agees_en_maison_de_repos-aurelie.sini-u.pdf, consulté le 27 novembre 2018.

BUREAU FEDERAL DU PLAN ET DIRECTION GENERALE STATISTIQUE (2017). *Perspectives démographiques 2016-2060 : Population et ménages*. 43p. Disponible à l'adresse : https://www.plan.be/admin/uploaded/201703070756530.FOR_POP1660_11440_F.pdf, consulté le 10 décembre 2018.

CARDON P. (2009). « Manger » en vieillissant pose-t-il problème ? Veuvage et transformations de l'alimentation de personnes âgées. *Lien social et Politiques*, 62, 85-95. Disponible à l'adresse : <https://www.erudit.org/fr/revues/lsp/2009-n62-lsp3629/039316ar.pdf>, consulté le 12 février 2019.

CARDON P., GOJARD S. (2008). Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement. *Aliss Working Paper*, 22p. Disponible à l'adresse : <https://www6.versailles-grignon.inra.fr/aliss/content/download/3299/35484/file/ALISSWP04Cardon-GojardALL.pdf>, consulté le 12 février 2019.

CHOWDHARY U. (1991). Clothing and self-esteem of the institutionalized elderly female : Tow experiments. *Educational Gerontology*, 17(6), 527-541. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1080/0360127910170601>, consulté 28 décembre 2018.

CICIRELLI V.G. (1992). *Sage library of social research, Vol. 186. Family caregiving: Autonomous and paternalistic decision making*. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications Inc. 251 p.

CLARKSTON W.K., PANTANO M.M., MORLEY J.E., HOROWITZ M., LITTLEFIELD J.M., BURTON F.R. (1997). Evidence for the anorexia of aging: gastrointestinal transit and hunger in healthy elderly vs. young adults. *American Journal of Physiology*, 272(1), 243-248. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1152/ajpregu.1997.272.1.R243>, consulté le 27 novembre 2018.

DANIEWICZ S.C., MERCIER L.M., POWERS E.A , FLYNN D. (1991). Change, resources and self-esteem in community of women religious. *Journal of women and aging*, 3(1), 71-91. Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1300/J074v03n01_06, consulté le 29 décembre 2018.

DELAIDE V. (2011). Dementia and the gestures surrounding meals. *Soins Gériatrie*, 16(89), 34-36. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dementia+and+the+gestures+surrounding+meals>, consulté le 23 février 2019.

DERYCKE B. (2009). Alimentation en institution. In HEBUTERNE X., ALIX E., RAYNAUD-SIMON A., VELLAS B., (Eds.). *Traité de nutrition de la personne âgée*. Paris : Springer-Verlag. pp 303-312.

DUFFY V.B., BACKSTRAND J.R., FERRIS A.M. (1995). Olfactory dysfunction and related nutritional risk in free-living, elderly women. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(8), 879-884. Disponible à l'adresse : [https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1016/S0002-8223\(95\)00244-8](https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1016/S0002-8223(95)00244-8), consulté le 4 janvier 2019.

EDAHIRO A., HIRANO H., YAMADA R., CHIBA Y., WATANABE Y., TONOIGI M. *et al.* Factors affecting independence in eating among elderly with Alzheimer's disease. *Geriatrics Gerontology International*, 12(3), 481-490. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/doi/epdf/10.1111/j.1447-0594.2011.00799.x>, consulté le 23 février 2019.

FARQUHAR M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1439-1446. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/027795369500117P>, consulté le 25 janvier 2019.

FAURE M., CAMALLIERES M. (2012). *A propos du Manger-mains dans une unité des soins de longue durée : point de vue de l'équipe soignante*. http://www.lettres-psychogeriatrie.com/wp-content/uploads/2012/04/16-M-Faure-A-propos-du-Manger-mains-dans-une-unité-des-soins-de-longue-durée-_point-de-vue-de-l'équipe-soignante.pdf, consulté 5 février 2019.

FRIED L.P., KRONMAL R.A., NEWMAN A.B., BILD D.E., MITTELMARK M.B., POLAK J.F. *et al.* (1998). Risk factors for 5-year mortality in older adults : the Cardiovascular Health Study. *American Medical Association*, 279(8), 585-592. Disponible à l'adresse : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/187277>, consulté le 7 janvier 2019.

GARRY P.J., VELLAS B.J. Practical and Validated Use of the Mini Nutritional Assessment in Geriatric Evaluation. *Nutrition in Clinical Care*, 2(3), 146-154. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1046/j.1523-5408.1999.00108.x>, consulté la 22 novembre 2018.

HAUTE AUTORITE DE SANTE. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée : Recommandations*. Disponible à l'adresse : http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_argumentaire.pdf, consulté le 18 décembre 2018.

HOE J., KATONA C., ROCH B., LIVINGSTON G. (2005). Use of the Qol-AD for measuring quality of life in people with severe dementia : The LASER-AD study. *Age Ageing*, 34(2), 130-135. Disponible à l'adresse : <https://academic.oup.com/ageing/article/34/2/130/40312>, consulté le 16 février 2019.

HOROWITZ A., SILVERSTONE B.M., REINHARDT J.P. (1991). A conceptual and empirical exploration of personal autonomy issues within family caregiving relationships. *The Gerontologist*, 11(1), 23-31. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/geront/31.1.23>, consulté le 24 janvier 2019.

HUFFMAN G.B. (2002). Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *American Family Physician*, 65(4), 640-651. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871682>, consulté le 17 décembre 2018.

HUGONOT-DIENER L. (2010). Présentation du MNA ou MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT : Un outil de dépistage et de suivi de la dénutrition. *Gérontologie et Société*, 33(134), 133-141. Disponible à l'adresse : <https://www.carin.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-133.htm>, consulté le 15 janvier 2019.

HUYCK M.H. (1991). Predicates of personal control among middle-aged and young-old men and women in middle America. *International Journal of Aging and Human Development*, 32(4), 261-275. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1864643>, consulté le 28 décembre 2018.

JEAN L.A. (1997). « Finger food menu » restores independence in dining. *Health Care Food Nutrition Focus*, 14(1), 4-6. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10173327>, consulté le 24 mars 2019.

KELLER H.H. (1993). Malnutrition institutionalized elderly : How and why ? *American Geriatric Society*, 41(11), 1212-1218. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/action/doSearch?AllField=Malnutrition+in+institutionalized+elderly%3A+how+and+why%3F>, consulté le 10 juillet 2019.

LAFOREST J. (1989). *Introduction à la gérontologie : Croissance et déclin*. Lasalle : Hurtubise Editions HMH. 166 p.

LAUNAZ A., ARPEGE. (2005). *Manger-mains : nouvelle texture pour nouvelle indépendance*, 2^{ème} ed. . Lausanne: Éditions D'en Bas. 142 p.

LE COLLEGE NATIONAL DES ENSEIGNANTS DE GERIATRIE. (2000). Autonomie et dépendance. In DELAFONTAINE M-P. *Corpus de Geriatrie*. Montmorency : 2M2. pp 91-100. Disponible à l'adresse : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/08_dependance.pdf, consulté le 7 janvier 2019.

MABIRE J.B., GAY M.C. (2013). Qualité de vie au cours des démences : définitions, difficultés et intérêt de son évaluation. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 11(1), 73-81. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1684/pnv.2013.0387>, consulté le 17 février 2019.

MALERBA G., POP A., RIVASSEAU-JONVEAUX T., MOUCHOTTE S., FABBRO J., N'GUYEN A. *et al.* (2015). Nourrir un patient atteint de troubles neurocognitifs à l'hôpital et à domicile ? Le manger mains : aspects pratiques. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 29, 197-201. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1016/j.nupar.2015.06.001>, consulté le 19 novembre 2018.

MATHEY M.F., VANNESTE V., DE GRAAF C., DE GROOT L., VAN STAVEREN W.A. (2001). Health effect of improved meal ambiance in a Dutch nursing home : A 1-year intervention study. *Preventive Medicine*, 32(5), 416-423. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0091743501908163?via%3Dihub>, consulté le 25 février 2019

MOJET J., HEIDEMA J., CHRIST-HAZEHOFF E. (2003). Taste perception with age: generic or specific losses in supra-threshold intensities of five taste qualities? *Chemical Senses*, 28(5),

397-413. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12826536>, consulté le 23 novembre 2018.

MORLEY J.E. (2001). Decreased food intakes with aging. *The Journals of Gerontology*, 56(2), 81-88. Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.81, consulté le 19 novembre 2018.

MUKAMURERA, J., LACOURSE, F., COUTURIER, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : Pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 110-138. Disponible à l'adresse : http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26%281%29/mukamurera_a_ch.pdf, consulté le 24 mars 2019.

MURPHY C., CAIN W.S., GILMORE M.M., SKINNER R.B. (1991). Sensory and semantic factors for recognition memory for odors and graphic stimuli: elderly versus young persons. *American Journal of Psychology*, 104 (2), 161-192. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1862819>, consulté le 29 novembre 2018.

NIEUWENHUIZEN W.F., WEENEN H., RIGBY P., HETHERINGTON M.M. (2010). Older adults and patients in need of nutritional support: review of current treatment options and factors influencing nutritional intake. *Clinical Nutrition*, 29 (2), 160-169. Disponible à l'adresse : <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/10.1016/j.clnu.2009.09.003>, consulté le 9 novembre 2018.

NIJS K., DE GRAAF C., VAN STAVEREN W.A., DE GROOT L. (2009). Malnutrition and Mealtime Ambiance in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(4), 226-229. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/abs/pii/S1525861009000255>, consulté le 26 février 2019.

NILSSON M., EKMAN S.L., ERICSSON K., WINBLAD B. (1996). Some characteristics of the quality of life in old age illustrated by means of Allardt's concept. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(2), 116-121. Disponible à l'adresse : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1471-6712.1996.tb00321.x>, consulté le 12 février 2019.

NOCENT C., MARTINEAU T. (2011). Le manger-mains, vieillesse et autonomie. *Soins Gériatrie*, 89, 31-33. Disponible à l'adresse : <https://www.em-consulte.com/en/article/297552>, consulté le 19 décembre 2019.

OLAZARÁN J., REISBERG B., CLARE L., CRUZ I., PEÑA-CASANOVA J., DEL SER T. *et al.* (2010). Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease : A systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178. Disponible à l'adresse : <https://pdfs.semanticscholar.org/b025/5621b0133c34f195bcb18dd2531cfb5ec34c.pdf>, consulté le 18 janvier 2019.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2010). *Vieillesse de la population : questions-réponses*. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/features/qa/72/fr/>, consulté le 10 décembre 2018.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2018). *Thèmes de santé: Vieillesse*. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>, consulté le 12/01/2019.

OSGOOD N.J. (1992). Environmental factors in suicide in long-term care facilities. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(1), 98-106 . Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb00478.x>, consulté le 12 février 2019.

PATRY C., RAYNAUD-SIMON A. (2010). La dénutrition : quelles stratégies de prévention ? *Gérontologie et société*, 33(134), 157-170. Disponible à l'adresse : <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be :2443/10.3917/ges.134.0157>, consulté le 14 décembre 2018.

PEYRON M.A., MISHHELLANY-DUTOUR A., BOURDIOL P., WODA A. (2008). Poor mastication could result in poor nutrition: the effects of age on oral functions and consequences on nutrition. In : MACLEOD C.L. *New Research on Nutrition for the middle-aged and elderly*. New York :Nova Science Publishers. pp 1-29.

PHILIP J.L. (2012). Lutter contre la dénutrition des malades Alzheimer, un exemple. *La Revue de Gériatrie*, 37, 141-142. Disponible à l'adresse : https://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=show_cart, consulté le 15 décembre 2018.

PHILPIN S., MERELL J., WARRING J., GREGORY V., HOBBY D. (2011). Sociocultural context of nutrition in care homes. *Nursing Older People*, 23(4), 24-30. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21675166>, consulté le 22 novembre 2018.

PLAN NATIONAL NUTRITION ET SANTÉ POUR LA BELGIQUE 2005-2010. (2005). http://www.health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg4/@consumerproducts/documents/ie2divers/75264_03_fr.pdf, consulté le 10 décembre 2018.

PLAN NATIONAL NUTRITION ET SANTE POUR LA BELGQIUE 2005-2010. (2005). Disponible à l'adresse : <https://www.infor-allaitement.be/sites/default/files/PNNS-B%20DEF.PDF>, consulté le 22 décembre 2018.

POTTER J., KLIPSTEIN K., REILLY J. J., ROBERTS M. (1995) The Nutritional Status and Clinical Course of Acute Admissions to a Geriatric Unit. *Age and Ageing*, 24(2). 131-136. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/ageing/24.2.131>, consulté le 18 novembre 2018.

POUYET V., GIBOREAU A., BENATTAR L., CUVELIER G. (2014). Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients. *Food Quality and Preference*, 34, 62-69. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2013.12.011>, consulté le 4 novembre 2018.

POUYET V., GIBOREAU A., BENATTAR L., CUVELIER G. (2014). Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients. *Food Quality and Preference*, 34, 62-69. Disponible à l'adresse : <http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2013.12.011>, consulté le 7 novembre 2018.

POUYET V., GIBOREAU A., CUVELIER G., BENATTAR L. (2013). Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie

d'Alzheimer. *Cliniques*, 2(6), 217-232. Disponible à l'adresse : <https://www.carin.info/revue-cliniques-2013-2-page-217.htm>, consulté le 15 février 2019.

RAYNAUD-SIMON A. (2009). Dénutrition de la personne âgée : épidémiologie et conséquences. In HEBUTERNE X., ALIX E., RAYNAUD-SIMON A., VELLAS B., Eds. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Paris : Springer-Verlag. pp 165-174.

RAYNAUD-SIMON A. (2011). Dénutrition et dépendance. *Les cahiers de l'année gérontologique*, 3, 61-63. <https://doi.org/10.1007/s12612-011-0206-1>.

ROBERTS S. B. (2000). A review of age-related changes in energy regulation and suggested mechanisms. *Mechanisms of ageing and development*, 116(1-2),157-167. Disponible à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/S0047-6374\(00\)00126-3](https://doi.org/10.1016/S0047-6374(00)00126-3), consulté le 23 novembre 2018.

RODE G., THOMAS-ANTÉRION C., LUAUTÉ J., JACQUIN-COURTOIS S., CIANCIA S., ROSSETTI Y., *et al.* (2005). Evaluation des incapacités et de la qualité de vie des patients présentant des troubles cognitifs. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 376-391. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S016860540500098X>, consulté le 16 février 2019.

SCHELTENS P., KAMPHUIS P.J., VERHEY F.R., RIKKERT M., WURTMAN R. J., WILKINSON D. *et al.* (2010). Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease : A randomized, controlled trial. *Alzheimers & Dementia*, 6(1), 1-10. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S1552526009023292>, consulté le 4 janvier 2019.

SCHIFFMAN S.S. (2000). Intensification of sensory properties of foods for the elderly. *The Journal of Nutrition*, 130(4), 927-930. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/jn/130.4.927S>, consulté le 5 janvier 2019.

SCHIFFMAN S.S., GRAHAM B.G. (2000). Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly. *European Journal of Clinical Nutrition*, 54(3), 54-63. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11041076>, consulté le 4 janvier 2019.

SLAUGHTER S.E. ,ELIASZIW M., MORGAN D.,DRUMMOND N. (2011). Incidence and predictors of eating disability among nursing home residents with middle-stage dementia. *Clinical Nutrition*, 30(2), 172-177. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0261561410001603>, consulté le 4 janvier 2019.

SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE, (Eds.). (2013). *Nutrition/Dénutrition : Alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé*. Disponible à l'adresse : http://www.mobiquial.org/nutrition/SOURCES/ETBS-PRESENTATION/PLAQUETTE_NUTRITION_32P.pdf, consulté le 15 janvier 2019.

SOLTESZ K.S., DAYTON J.H. (1993). Finger foods help those with Alzheimer's maintain weight. *Journal of The American Dietetic*, 93(10):1106-1108. Disponible à l'adresse : <https://www-sciencedirect-com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/S0899279593900063>

com.proxy.bib.ucl.ac.be:2443/science/article/pii/0002822393916376, consulté le 7 janvier 2019.

STEVENS J.C., DADARWALA A.D. (1993). Variability of olfactory threshold and its role in assessment of aging. *Perception & Psychophysics*, 54(3), 296-302. Disponible à l'adresse : <https://link.springer.com/article/10.3758/BF03205264>, consulté le 23 novembre 2018.

TIMKO C., MOOS, R.H. (1990). Determinants of interpersonal support and self-direction in group residential facilities. *Journal of Gerontology*, 45(5), 184-192. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/geronj/45.5.S184>, consulté le 27 novembre 2018.

TOUFLET M., DENIS P., MARC E., MOYNOT Y. (2002). Les troubles de la déglutition du sujet âgé. *Soins Gériatrie*, 34, 41-44.

VAN DE BOSCH K., WILLEME P., GEERTS J., BREDA J., PEETERS S., VAN DE SANDE S., et al. (2011). *Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : Projections 2011-2025 – Synthèse*. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 167B. 38p. Disponible à l'adresse : https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique_Synthese.pdf, consulté le 20 décembre 2018.

VON KONDRATOWITZ H.J., TESCH-RÖMER C., MOTEL-KLINGEBIEL A. (2003). La qualité de vie des personnes âgées dans les états providence européens. *Retraite et Société*, 38(1), 134-169. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2003-1-page-133.htm>, consulté le 29 janvier 2019.

WAYLER A.H., CHAUNCEY H.H., (Eds.). (1983). Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in healthy aging men. *The Journal of Prosthetic Dentistry*, 49, 427-433. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6573489>, consulté le 29 novembre 2018.

WHOQOL GROUP. (1997). *Measuring quality of life : The world health organization quality of life instruments*. Disponible à l'adresse : https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf, consulté le 15 février 2019.

WIKBY K., FÄGERSKIÖLD A. (2004). The willingness to eat : An investigation of appetite among elderly people. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18(2), 120-127. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2004.00259>, consulté le 21 novembre 2018.

WOLFF J.L., BOULT C., BOYD C., ANDERSON G. (2005). Newly reported chronic conditions and onset of functional dependency. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(5), 851-855. Disponible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15877563>, consulté le 19 janvier 2019.

Cours

AUJOULAT I. (2017). *WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

HESBEEN W. (2018). *WFSP2232 : Epistémologie et démarche clinique*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Mémoire

DUBE A. (1994). *Les dimensions de la perspective future et l'autonomie psychologique chez les personnes âgées*. Mémoire de maîtrise en psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec.

X. ANNEXES

Les différentes annexes ont été importées séparément sur DIAL.mem

Listing des annexes

Annexe 1 : Prévention de la dénutrition

Annexe 2 : Les mesures anthropométriques et les marqueurs biologiques

Annexe 3 : MNA Complet

Annexe 4 : MNA Short Form

Annexe 5 : L'échelle de Katz

Annexe 6 : Tableau 2. Comparatif entre les produits Méco et les produits « Maison »

Annexe 7 : Tableau 3. Les différents plats et leurs ingrédients

Annexe 8 : Quizz et synthèse des résultats

Annexe 9 : Guide d'entretien

Annexe 10 : Grille d'observation générale

Annexe 11 : Grille d'observation par résident

Annexe 12 : Accord du comité d'éthique du Groupe Jolimont

Annexe 13 : Tableau 6. Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse

Résumé

Références bibliographiques : SINI A. (2019). « *Promouvoir l'autonomie alimentaire et prévenir la dénutrition pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation du Finger Food* ». Mémoire de master en sciences de la santé publique non publié, Université catholique de Louvain.

Promoteur : William D'Hoore Co-promoteur : Pascale Cornette

Contenu : La dénutrition des personnes âgées est un problème majeur de santé publique dans les sociétés occidentales. Les maladies démentielles et apparentées aggravent la forte prévalence de cette dénutrition de type protéino-énergétique. Sachant que la dégradation de l'état nutritionnel est un facteur augmentant le risque de mortalité, la prise en compte des troubles du comportement alimentaire demande une réflexion particulière au quotidien. Les solutions existantes peuvent vite devenir invasives et altérer la qualité de vie des sujets. La mise en place du Finger Food peut représenter une des solutions. Il se compose de réductions d'ingrédients pouvant être saisies avec les mains et consommées en une bouchée. De plus, il est décrit comme une réadaptation à la prise alimentaire. L'objectif de cette étude est d'évaluer si le Finger Food permet de lutter contre la dénutrition tout en promouvant l'autonomie alimentaire mais également la qualité de la prise des repas.

Méthodes : Le choix du type de recherche s'est porté sur une analyse qualitative. A l'aide d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des « stakeholders », nous avons tenté d'une part, de déterminer dans quelle mesure leurs connaissances influencent la prise en charge de la dénutrition et d'autre part, de relever leurs perceptions concernant la mise en place du Finger Food. En complément à cette démarche, une observation non participative est venue illustrer et enrichir notre analyse. Elle nous a permis d'objectiver le comportement de huit résidents et les attitudes adoptées par le personnel au moment des repas.

Résultats : La recherche a révélé que la mise en place du Finger Food améliore la nutrition des sujets âgés. L'autonomie, le goût des aliments et le plaisir de manger sont les principaux facteurs favorables à la reprise alimentaire et qui permettent de lutter contre la dénutrition. Par contre, l'utilisation insuffisante des outils de dépistage représente un facteur défavorable. Les freins à la promotion de l'autonomie alimentaire qui émergent des entretiens sont liés à l'état journalier du résident mais également à l'attitude paternaliste des soignants. Toutefois, l'environnement institutionnel semble être tourné vers un processus d'amélioration continue. Cette étude nous permet de mettre en évidence le caractère multifactoriel et systématique de la problématique. Diverses recommandations, telles que l'importance du niveau d'implication des intervenants et la sensibilisation du personnel par le biais de formations continues, ont été émises afin de pérenniser le projet.

Mots-clés : Finger Food, maisons de repos et de soins, personnes âgées, autonomie alimentaire, qualité de vie, dénutrition, connaissances, perceptions, attitudes.

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp