

## X. ANNEXES

---

### 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

## ANNEXE 1 : PREVENTION DE LA DENUTRITION

Dans les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé (HAS), les situations dites à risque peuvent être scindées en deux catégories : les situations à risque sans lien avec l'âge et celles plus spécifiques de la personne âgée.

### Les situations à risque sans lien avec l'âge

Parmi les principales situations, nous retrouvons :

- Les cancers ;
- Les défaillances d'organes chroniques et sévères (cardiaque, respiratoire, rénale ou hépatique) ;
- Les pathologies digestives à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption ;
- L'alcoolisme chronique ;
- Les pathologies infectieuses ou inflammatoires chroniques ;
- Toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires, une augmentation des besoins énergétiques, une malabsorption ou les trois associées.

### Les situations à risque spécifiques de la personne âgée

La dénutrition peut être favorisée ou associée à certaines situations plus spécifiques aux personnes âgées. Dans le tableau 1 (HAS, 2007), ces situations ont été classées en différentes catégories.

La présence d'une de ces situations doit alerter le professionnel de santé ainsi que l'entourage, a fortiori si plusieurs circonstances sont associées.

**Tableau 1. Situations à risque de dénutrition**

Situations	Causes possibles
<b>Psycho-socio-environnementales</b>	Isolement social Deuil Difficultés financières Maltraitance Hospitalisation Changement des habitudes de vie : entrée en institution
<b>Troubles bucco-dentaires</b>	Trouble de la mastication Mauvais état dentaire Appareillage mal adapté Sécheresse de la bouche Candidose oro-pharyngée Dysgueusie
<b>Troubles de la déglutition</b>	Pathologie ORL Pathologie neurodégénérative ou vasculaire
<b>Troubles psychiatriques</b>	Syndrome dépressif Troubles du comportement
<b>Syndrome démentiels</b>	Maladie d'Alzheimer Autres démences
<b>Autres troubles neurologiques</b>	Syndrome confusionnel Troubles de la vigilance Syndrome parkinsonien
<b>Traitements médicamenteux au long cours</b>	Polymédication Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, ...
<b>Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique</b>	Douleur Pathologie infectieuse Fracture entraînant une impotence fonctionnelle Intervention chirurgicale Constipation sévère Escarres
<b>Dépendance pour les actes de la vie quotidienne</b>	Dépendance pour l'alimentation Dépendance pour la mobilité
<b>Régimes restrictifs</b>	Sans sel Amaigrissant Diabétique Hypocholestérolémiant Sans résidu au long cours

## ANNEXE 2 : LES MESURES ANTHROPOMETRIQUES ET LES MARQUEURS BIOLOGIQUES

### Les mesures anthropométriques : L'indice de masse corporelle (IMC)

L'index de masse corporelle (IMC) correspond au rapport du poids P (kg) par la taille T (m) élevée au carré ( $IMC = P/T^2$ ). La technique de mesure de la taille varie selon que les personnes peuvent se tenir debout ou non. Chez la personne âgée, la taille peut être difficile à déterminer en raison de la présence d'anomalies de la statique rachidienne (cyphose, tassements vertébraux). Dans ce cas, la détermination de la taille à partir de la hauteur du talon au genou (dT-G) selon la formule de Chumléa est bien corrélée à la taille réelle (HAS, 2007).

Les formules sont :

- Taille (homme) =  $(2,02 \times dTG \text{ cm}) - (0,04 \times \text{âge}) + 64,19$ .
- Taille (femme) =  $(1,83 \times dTG \text{ cm}) - (0,24 \times \text{âge}) + 84,88$ .

Les limites de normalité de l'IMC ont été fixées par l'OMS à 18,5 et 24,9 sans faire de distinction entre les deux sexes. A cause de la prise de poids physiologique liée à l'âge, on peut suspecter une dénutrition quand l'IMC est inférieur à 21 après l'âge de 70 ans. L'IMC, comme pour la mesure du poids, peut être faussé en présence d'une déshydratation, d'œdèmes ou d'ascite ou autres épanchements. L'IMC n'est pas un bon indicateur de la composition corporelle, il ne reflète pas la quantité de masse grasse, et un patient ayant un IMC élevé peut quand même souffrir de dénutrition. Une fonte musculaire peut être masquée chez un sujet obèse.

### Les marqueurs biologiques

Plusieurs marqueurs biologiques sont disponibles pour évaluer l'état nutritionnel, les plus utilisés sont l'albumine et la préalbumine qui reflètent le stock disponible en acides aminés pour la synthèse hépatique de protéines.

L'albuminémie est un facteur pronostique majeur de morbi-mortalité. De plus, elle permet de distinguer deux formes de dénutrition :

- La dénutrition par carence d'apport en protéines alimentaires, où l'albuminémie peut être normale ;
- La dénutrition associée à un syndrome inflammatoire et à un hypercatabolisme, où l'albuminémie baisse rapidement.

Cependant, devant la découverte d'une hypoalbuminémie, il faut garder à l'esprit que des situations pathologiques indépendantes de l'état nutritionnel peuvent abaisser son taux, en particulier dans les syndromes inflammatoires où sa synthèse hépatique est détournée en faveur de la synthèse des protéines de l'inflammation. Selon les recommandations, cette valeur doit tenir compte de l'état inflammatoire du patient évalué à travers le dosage de la protéine C réactive. Une albuminémie inférieure à 35g/litre est caractéristique d'une dénutrition pouvant être qualifiée de sévère si elle est en dessous de 30g/litre (HAS, 2007).

La p-mesure de la pré-albumine est utile pour objectiver que la nutrition d'une personne s'améliore. En effet, sa demi-vie étant courte, elle permet de confirmer que les stratégies d'amélioration de la nutrition sont efficaces.

# ANNEXE 3 : MNA COMPLET

## Mini Nutritional Assessment MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Nom :		Prénom :		
Sexe :	Age :	Poids, kg :	Taille, cm :	Date :

Répondez à la première partie du questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points de la partie Dépistage, si le résultat est égal à 11 ou inférieur, complétez le questionnaire pour obtenir l'appréciation précise de l'état nutritionnel.

### Dépistage

**A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ?**  
 0 = baisse sévère des prises alimentaires  
 1 = légère baisse des prises alimentaires  
 2 = pas de baisse des prises alimentaires

**B Perte récente de poids (<3 mois)**  
 0 = perte de poids > 3 kg  
 1 = ne sait pas  
 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg  
 3 = pas de perte de poids

**C Motricité**  
 0 = au lit ou au fauteuil  
 1 = autonome à l'intérieur  
 2 = sort du domicile

**D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois?**  
 0 = oui 2 = non

**E Problèmes neuropsychologiques**  
 0 = démence ou dépression sévère  
 1 = démence légère  
 2 = pas de problème psychologique

**F Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup>**  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23  
 3 = IMC ≥ 23

**Score de dépistage (sous-total max. 14 points)**

12-14 points: état nutritionnel normal  
 8-11 points: à risque de dénutrition  
 0-7 points: dénutrition avérée

Pour une évaluation approfondie, passez aux questions G-R

### Evaluation globale

**G Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ?**  
 1 = oui 0 = non

**H Prend plus de 3 médicaments par jour ?**  
 0 = oui 1 = non

**I Escarres ou plaies cutanées ?**  
 0 = oui 1 = non

**J Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ?**  
 0 = 1 repas  
 1 = 2 repas  
 2 = 3 repas

**K Consomme-t-il ?**

- Une fois par jour au moins des produits laitiers? oui  non
- Une ou deux fois par semaine des œufs ou des légumineuses oui  non
- Chaque jour de la viande, du poisson ou de volaille oui  non

0,0 = si 0 ou 1 oui  
 0,5 = si 2 oui  
 1,0 = si 3 oui

**L Consomme-t-il au moins deux fois par jour des fruits ou des légumes ?**  
 0 = non 1 = oui

**M Quelle quantité de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait...)**  
 0,0 = moins de 3 verres  
 0,5 = de 3 à 5 verres  
 1,0 = plus de 5 verres

**N Manière de se nourrir**  
 0 = nécessite une assistance  
 1 = se nourrit seul avec difficulté  
 2 = se nourrit seul sans difficulté

**O Le patient se considère-t-il bien nourri ?**  
 0 = se considère comme dénutri  
 1 = n'est pas certain de son état nutritionnel  
 2 = se considère comme n'ayant pas de problème de nutrition

**P Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge ?**  
 0,0 = moins bonne  
 0,5 = ne sait pas  
 1,0 = aussi bonne  
 2,0 = meilleure

**Q Circonférence brachiale (CB en cm)**  
 0,0 = CB < 21  
 0,5 = CB ≤ 21 ≤ 22  
 1,0 = CB > 22

**R Circonférence du mollet (CM en cm)**  
 0 = CM < 31  
 1 = CM ≥ 31

**Évaluation globale (max. 16 points)**

**Score de dépistage**

**Score total (max. 30 points)**

### Appréciation de l'état nutritionnel

de 24 à 30 points	<input type="checkbox"/>	état nutritionnel normal
de 17 à 23,5 points	<input type="checkbox"/>	risque de malnutrition
moins de 17 points	<input type="checkbox"/>	mauvais état nutritionnel

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001;56A: M366-377.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006, N67200 12/99 10M  
 Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

# ANNEXE 4 : MNA SHORT FORM

## Mini Nutritional Assessment MNA

Nestlé  
Nutrition Institute

Nom :	<input type="text"/>	Prénom :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="text"/>	Age :	<input type="text"/>
Poids, kg :	<input type="text"/>	Taille, cm :	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>		

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

### Dépistage

#### A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?

- 0 = baisse sévère des prises alimentaires  
1 = légère baisse des prises alimentaires  
2 = pas de baisse des prises alimentaires

#### B Perte récente de poids (<3 mois)

- 0 = perte de poids > 3 kg  
1 = ne sait pas  
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg  
3 = pas de perte de poids

#### C Motricité

- 0 = au lit ou au fauteuil  
1 = autonome à l'intérieur  
2 = sort du domicile

#### D Maladie aiguë ou stress psychologique au cours des 3 derniers mois ?

- 0 = oui 2 = non

#### E Problèmes neuropsychologiques

- 0 = démence ou dépression sévère  
1 = démence légère  
2 = pas de problème psychologique

#### F1 Indice de masse corporelle (IMC) = poids en kg / (taille en m)<sup>2</sup>

- 0 = IMC < 19  
1 = 19 ≤ IMC < 21  
2 = 21 ≤ IMC < 23  
3 = IMC ≥ 23

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.  
MERCİ DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

#### F2 Circonférence du mollet (CM) en cm

- 0 = CM < 31  
3 = CM ≥ 31

#### Score de dépistage

(max. 14 points)



- 12-14 points :  état nutritionnel normal  
8-11 points :  à risque de dénutrition  
0-7 points :  dénutrition avérée

Sauvegarder

Imprimer

Réinitialiser

- Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.  
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.  
Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.  
Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.  
© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M  
Pour plus d'informations : [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

## ANNEXE 5 : L'ECHELLE DE KATZ

Le vieillissement, les maladies entraînent une diminution de certaines capacités, et donc, une diminution de l'autonomie. Que ce soit brutalement ou progressivement, le besoin d'aide devient alors croissant. Pour permettre le respect des objectifs de l'aide, il est nécessaire de savoir comment, quand et pourquoi l'aide est nécessaire. Il faut donc évaluer le degré de dépendance de la personne, fixer l'objectif que l'on veut atteindre par l'aide apportée et mesurer les progrès réalisés.

L'échelle de Katz permet d'évaluer le degré de dépendance dans les AVJ des bénéficiaires hébergés. De plus, elle sert de base au calcul du forfait INAMI qui contribue au financement des établissements d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées.

Sur base cette échelle, les catégories de dépendance vont donc être déterminées. Notons que le bénéficiaire est considéré comme dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné.

### Les catégories de dépendance

#### Catégorie 0

Elle comprend les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

#### Catégorie A

Elle comprend :

- Les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
  - Les bénéficiaires dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et ils sont entièrement indépendants physiquement ;

#### Catégorie B

Elle comprend :

- Les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement: ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;

- Les bénéficiaires dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

### **Catégorie C**

Elle comprend les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :

- Ils sont dépendants pour se laver et s'habiller,
- Et ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette,
  - Et ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

### **Catégorie C dément**

Elle comprend les bénéficiaires dépendants psychiquement :

- Ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste,
- Et ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour incontinence,
  - Et ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger ;

### **Catégorie D**

Elle comprend les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.

**ANNEXE 6 : TABLEAU 2. COMPARATIF ENTRE LES PRODUITS MECO ET  
« MAISON »**

**Tableau 2. Comparaison des prix des produits Finger Food Meco TVAC avec les bouchées faites "maison".**

<b>Plat</b>	<b>PU Meco</b>	<b>PU Maison</b>	<b>Total Meco</b>	<b>Total Maison</b>	<b>Remarques</b>
Carré de porc	0,36 €	0,21 €	16,20 €	9,83 €	Présence d'eau dans le produit
Pain de Viande	0,38 €	0,15 €	17,10 €	7,01 €	RAS
Blanquette de Veau	0,56 €	0,20 €	25,29 €	9,13 €	Goût des légumes
Saumon	0,42 €	0,14 €	19,00 €	6,74 €	RAS
Poireau	0,44 €	0,06 €	19,80 €	2,73	Moins gouteux
Carottes	0,41 €	0,10 €	18,48 €	4,94 €	RAS
Chicon	0,48 €	0,12 €	21,60 €	5,60 €	Absence du goût du chicon
Légumes Mélangés	0,39 €	0,15 €	17,93 €	7,02 €	RAS
Épinard	0,52 €	0,10 €	23,48 €	4,57 €	RAS
Riz	0,20 €	0,10 €	9,21 €	4,81 €	Trop gras - Petit moule
Pommes de Terre	0,18 €	0,12 €	8,23 €	5,54 €	Petit moule
Spaghetti Bolognaise	0,39 €	0,08 €	17,77 €	3,90 €	RAS
<b>Total</b>			214,09 €	71,82 €	

**ANNEXE 7 : TABLEAU 3. LES DIFFERENTS PLATS ET LEURS INGREDIENTS**

Tableau 3. Énoncé des différents plats et leurs ingrédients				
PLATS	INGREDIENTS	Prix de revient	Temps Préparation	Temps Cuisson
<b>Pain de viande</b>	Haché : 1kg Sauce brune Knorr préparation terrine : 230g	0,15 €	20mn	10mn
<b>Purée en poudre</b>	Purée en poudre : 500g Eau et crème : 200g Knorr préparation terrine : 200g	0,13 €	10mn	20mn
<b>Pois</b>	Pois : 1kg Oignon : 100g Beurre Eau et crème Knorr préparation terrines : 200g	0,06 €	10 mn	20mn
<b>Escalope panée</b>	Mignonette de porc : 1kg Chapelure Œuf Farine Knorr préparation terrine : 200g Sauce brune : 200g	0,21 €	10mn	10mn
<b>Jeunes carottes</b>	Beurre Echalotes Persil Sel et poivre Knorr préparation terrines : 300g Eau et crème : 150g Jeune carotte : 800 g	0,10 €	10mn	12mn
<b>Purée maison</b>	Pomme de terre : 1kg Lait Jaune d'œuf Beurre Muscade Préparation knorr : 300g Crème : 200cl	0,12 €	15mn	15mn
<b>Blanquette de veau</b>	Viande de veau : 800g Poireau Céleri Champignon Oignon Crème Carotte Knorr préparation terrine : 200g Sauce de la blanquette	0,20 €	15mn	8mn

<b>Riz</b>	Riz : 800g Oignon Bouillon Sauce blanquette Knorr préparation terrine : 200g	0,10 €	10mn	15mn
<b>Pâte Bolognaise</b>	Coquillettes : 500g haché Sauce bolognaise : 500g Knorr préparation terrine : 200g Eau et crème	0,08 €	15mn	15mn
<b>Paupiette de saumon</b>	Paupiette de saumon : 360g Knorr préparation terrine : 150g Eau et crème : 240cl	0,11 €	15mn	10mn
<b>Poireaux à la crème</b>	Poireau : 360g Sel poivre Crème et eau 120cl Knorr préparation terrine: 150g	0,06 €	15mn	12mn
<b>Hachi Parmentier Epinard</b>	Haché : 200g Épinard : 200g Crème et eau : 200g Knorr préparation terrine : 300g	0,11 €	15mn	12mn
<b>Chicon Gratin</b>	Chicon Jambon béchamel Knorr préparation terrine	0,12 €	15mn	10mn
<b>Gratin Courgette</b>	Courgette Fromage Béchamel Knorr préparation terrine	0,12 €	15mn	10mn

Question 1 : Quelle est la prévalence de la dénutrition en MRS ?

- A. 4 à 10% X
- B. 15 à 38% V
- C. 30 à 70% X

Question 2 : Quel est le but principal avec le projet « finger food » ?

- A. Permettre de manger sans les couverts X
- B. Faire prendre du poids X
- C. Favoriser l'autonomie V

Question 3 : Quel est le bénéfice premier pour le résident ?

- A. Il mange à son rythme et seul V
- B. Il ne met plus de nourriture sur lui X
- C. Il peut manger avec ses doigts X

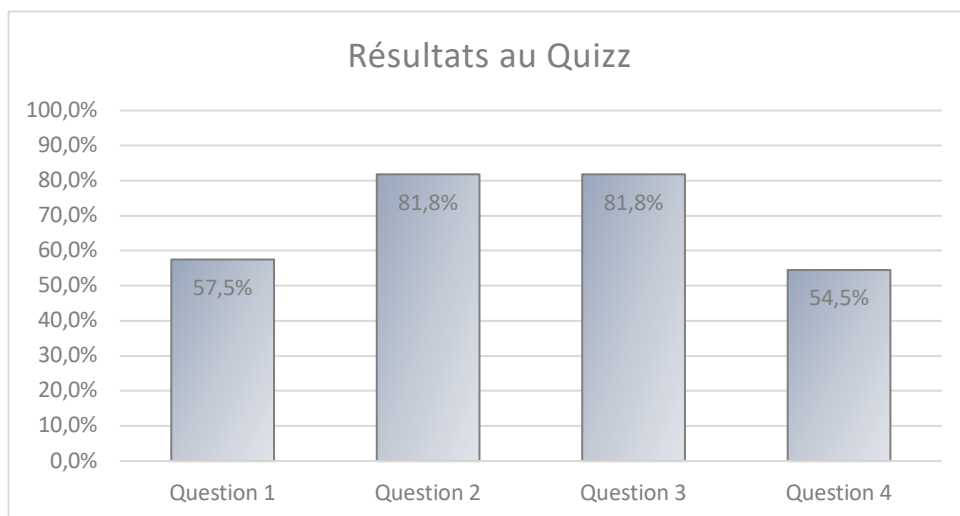
Question 4 : Quelle est l'implication principale pour le soignant ?

- A. Plus de facilités pour donner à manger au résident X
- B. Regarder le résident manger X
- C. Stimuler prioritairement le résident V

Voici la tendance des résultats du quizz réalisé afin de nous donner une indication sur les connaissances du personnel à propos du projet.

Le jour de la réunion, 33 membres du personnel étaient présents et ont répondu au quizz. Ils se répartissaient de la manière suivante :

- **Deux** assistantes sociales
- **Un** ouvrier de maintenance
- **Une** Kinésithérapeute
- **Une** logopède
- **Un** ergothérapeute
- **Cinq** membres du personnel de cuisine (dont un cuisinier et le responsable)
- **Sept** membres du personnel de nettoyage (dont la responsable)
- **Quinze** membres du personnel nursing (dont une infirmière chef et trois infirmières)



Question 1 : Quelle est la prévalence de la dénutrition en MRS ?

Question 2 : Quel est le but principal du projet « Finger Food » ?

Question 3 : Quel est le bénéfice premier pour le résident ?

Question 4 : Quelle est l'implication principale pour le soignant ?

## **Synthèse du quizz réalisé auprès des membres du personnel lors de la réunion personnel**

Les résultats font état d'une bonne compréhension du projet ainsi que de l'objectif principal.

Au vu des résultats, nous pouvons dire que l'ensemble du personnel a compris le but du projet ainsi que l'objectif principal pour le résident. Toutefois, deux questions ont obtenu des résultats légèrement plus élevés que la moyenne (avec respectivement 57,5% pour la question 1 et 54,5% pour la question 4). Ces faibles résultats pourraient s'expliquer par la diversité du personnel interrogé. Néanmoins, en regardant les résultats par profession, nous remarquons que ce n'est pas lié à une profession particulière mais à l'ensemble des professions interrogées. Il serait peut-être intéressant de faire un rappel aux soignants sur les implications que nécessitent le projet.

## ANNEXE 9 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Guide d'entretien

Madame/Monsieur,

Merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui.

Je m'appelle Aurélie Sini et je travaille en tant qu'infirmière. Poursuivant en parallèle mon cursus d'études de Master en Santé Publique, j'en suis arrivée au stade de l'élaboration de mon mémoire. Avant de commencer l'interview, je vais vous expliquer plus précisément la raison pour laquelle je suis là. De par votre témoignage, je souhaite principalement relever les différentes perceptions que vous pouvez avoir sur la thématique du Finger Food mis en place dans l'institution afin d'améliorer la qualité de vie des résidents.

Bien évidemment, votre témoignage restera anonyme.

Avant de commencer l'entretien, j'aurais besoin de votre consentement et votre accord pour l'enregistrement de ce dernier.

Je vous remercie pour votre collaboration.

Sini Aurélie

1. Parlez-moi un peu de vous !	<b><u>Questions pour le personnel</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Quelle est votre fonction dans la résidence ?</li><li>- Quelles sont les tâches liées à cette fonction?</li><li>- Quelle est votre expérience professionnelle ?</li><li>- Quelle est votre ancienneté au sein de la résidence ?</li></ul> <b><u>Question pour la famille</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Qui êtes-vous par rapport au résident ?</li></ul>
2. Que savez-vous sur la dénutrition des personnes âgées ?	<b><u>Questions pour le personnel</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Connaissez-vous le pourcentage de personnes dénutries dans l'institution?</li><li>- Savez-vous si l'on en tient compte en MRS ? Selon vous, est-ce important d'en tenir compte ? En quoi ?</li><li>- Quels sont les facteurs qui favorisent la dénutrition des personnes âgées ?</li><li>- Quels sont les signes de dénutrition ? A quoi voyez-vous qu'un résident est dénutri ?</li></ul> <b><u>Questions pour la famille</u></b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Savez-vous si l'on en tient compte en MRS ?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quel est son impact sur les personnes âgées ? Quels sont les signes/les conséquences ?</li> </ul>
3. Quels sont les moyens mis en place pour prendre en charge la dénutrition de la personne âgée au sein de la résidence ?	<p><b><u>Questions pour le personnel</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de poids ? A l'entrée dans l'institution ? Fréquence ?</li> <li>- MNA ?</li> <li>- Autres mesures ?</li> </ul> <p><b><u>Question pour la famille</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Savez-vous si des choses sont mises en place au sein de l'institution pour faire face à la dénutrition en MRS ?</li> </ul>
4. Parlez-moi du projet Finger Food !	<p><b><u>Questions pour le personnel</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouvez-vous m'expliquer en quelques mots en quoi cela consiste ?</li> <li>- Quel profil de résidents est concerné par ce projet ?</li> <li>- Qu'est-ce que cela implique au niveau organisationnel ?</li> <li>- Comment décidez-vous de passer un résident en Finger Food ? Et à quelle fréquence ?</li> <li>- Les apports caloriques sont-ils identiques aux autres formes de repas ?</li> <li>- Que pensez-vous de la mise en place du projet ?</li> </ul> <p><b><u>Questions pour la famille</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avez-vous entendu parler du projet Finger Food ?</li> <li>- Qu'en savez-vous ?</li> <li>- Que pensez-vous de sa mise en place au sein de l'institution ?</li> </ul>
5. Selon vous, qu'est-ce que ce projet apporte au(x) résident(s) ?	<p><b><u>Questions pour le personnel</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quels sont les changements pour eux ?</li> <li>- Selon vous, est-ce que le résident retrouve un certain plaisir à manger grâce à cette méthode ?</li> <li>- Est-ce que les résidents arrivent à manger seul ?</li> <li>- Est-ce que la mise en place de ce projet améliore la qualité de vie des résidents ? De quelle façon ?</li> </ul> <p><b><u>Questions pour la famille</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voyez-vous une différence depuis que votre proche mange de cette façon ?</li> <li>- Éprouve-t-il du plaisir à manger ?</li> <li>- Pensez-vous qu'on améliore sa qualité de vie ? De quelle façon ?</li> </ul>
6. Pouvez-vous me citer les points forts du Finger Food ?	
7. Ce projet présente-t-il des points à améliorer ?	
8. Avez-vous des suggestions qui pourraient améliorer le projet ?	

9. Avez-vous d'autres éléments à ajouter qui permettraient d'améliorer l'autonomie alimentaire des résidents ?

**ANNEXE 10 : GRILLE D'OBSERVATION GENERALE**

Grille d'observation générale


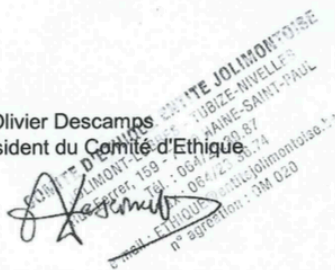
Date :		Menu du jour :		Observations	
	Oui	Non	NO		
<p><b><u>Hygiène des mains</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nécessaire pour pratiquer l'hygiène des mains à disposition des résidents</li> <li>- Avant le repas</li> <li>- Après le repas</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b><u>Environnement</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résidents mangeant en FF sont-ils regroupés ensemble ?</li> <li>- Les Résidents sont-ils placés dans un endroit à l'abri de toute distraction ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b><u>Cuisine</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les bouchées sont-elles présentées de sorte que le résident puisse les attraper facilement ?</li> <li>- Est-ce que la texture des bouchées est adaptée pour le résident ?</li> <li>- Est-ce que de la sauce est présente dans l'assiette ?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b><u>Comportement du soignant</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des couverts</li> <li>- Stimulation du résident</li> <li>- Favorise l'autonomie</li> <li>- Laisse le choix alimentaire au résident</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**ANNEXE 11 : GRILLE D'OBSERVATION PAR RESIDENT**

Grille d'observation alimentaire propre au résident

	<b>Déroulement du repas?</b> Mange de manière autonome Besoin de stimulation Aide partielle Aide totale	<b>Temps du repas ?</b> Temps nécessaire pour le résident pour manger le repas	<b>Bouchées par assiette ? Ingesta du résident?</b> Tout 3/4 1/2 1/4 Rien	<b>Appréciation du repas ?</b> Oui beaucoup +/- Pas du tout	<b>Observations diverses</b>
<b>Lundi</b>					
<b>Mardi</b>					
<b>Mercredi</b>					
<b>Jeudi</b>					
<b>Vendredi</b>					

# ANNEXE 12 : ACCORD DU COMITE D'ETHIQUE DU GROUPE JOLIMONT

 <p><b>CENTRES HOSPITALIERS JOLIMONT ASBL</b></p>	<h2>COMITE ETHIQUE</h2> <p>Centre Hospitalier Jolimont-Lobbes-Nivelles-Tubize A.S.B.L. 159 Rue Ferrer, B-7100 Haine-Saint-Paul (Belgium) Tél : +32 (0) 64 23 42 14 or 42 15 Fax: +32 (0) 64 23 36 77 E-mail: Recherchejolimont@hotmail.com</p>
	<p>Rue Ferrer, 159 B-7100 Haine-Saint-Paul</p> <p><b>COMITE d'ETHIQUE</b> N° agrégation OM020</p>
<p><b>Président</b> Dr O. Descamps</p> <p><b>Secrétaire</b> Mme G. Sablon</p> <p><b>Coordinateurs</b> M. E. Tarantino (pour les études cliniques)</p> <p><b>Membres médecins hospitaliers</b> Dr O. Descamps (JN) Dr F. Embrechts (J) Dr S. Loix (J) Dr A-M. Lungu (J) Dr A. Dermine (J)</p> <p><b>Membres Infirmières</b> Mme V. Dupon (N) Mme I. Hermisse (J) Mme M-P. Mouton (NT) Mme P. Pietroons (J) Membre Psychologue Mme D. Garsous (NT) Membre spirituel Mme A. Brochier (JLNT) (Aumônerie)</p> <p><b>Membres Recherche Médicale</b> Dr O. Descamps (CRMJ) M. E. Tarantino (CRMJ) Mme G. Sablon (CRMJ)</p> <p><b>Médecin généraliste</b> Dr A. Griffin Membres extérieures Dr G. Docq (Emérite) Dr B. Dardenne (Emérite)</p> <p><b>Membre juriste</b> Me I. Reusens</p>	<p>à l'intention du: Cornette Pascale Clinique St-Luc Gériatrie bte 1053</p> <p>Copie au: SINI Aurelie</p> <p>Haine Saint Paul, le 02/04/19</p> <p>Concerne: Promouvoir l'autonomie et prévenir la dénutrition des personnes âgées au sein d'une maison de repos et de soins par l'implémentation de la stratégie "FingerFood"</p> <p>Protocole : N/A Eudract : N/A SINI Aurelie</p> <p>PI :</p> <p>La comité d'éthique a pris connaissance de l'étude sus-mentionnée portant sur des patients. Selon la nouvelle réglementation en vigueur (loi du 7 mai 2004), notre comité d'éthique vous fournit un avis concernant uniquement les points suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. La pertinence de l'expérimentation et de sa conception</li><li>2. La brochure destinée à l'investigateur et le protocole</li><li>3. La compétence de l'investigateur et de ses collaborateurs</li><li>4. L'adéquation des infrastructures des centres où se déroule l'étude</li><li>5. L'adéquation du consentement éclairé et la conformité de l'assurance souscrite</li></ol> <p>Pour cette étude sus-mentionnée, le comité d'éthique émet un avis favorable</p>
<p><b>Comité d'Ethique</b> Comité.ETHIQUE@jolimont.be</p> <p><b>Secrétariat CRMJ</b> 064/23 42 14</p> <p><b>Siège Social</b> Rue Ferrer 159 7100 HAINE-SAINT-PAUL 064/23 30 11</p>	<p>Dr Olivier Descamps Président du Comité d'Ethique</p> <p>Eric Tarantino Secrétaire du Comité d'Ethique</p>  

**ANNEXE 13 : TABLEAU 6. CATEGORISATION DES DONNEES QUALITATIVES EN UNITES D'ANALYSE**

<b>Tableau 6. Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse</b>		
<b>Catégories émergentes</b>	<b>Définition</b>	<b>Sous-catégories</b>
Dénutrition	Les connaissances des interviewés sur la dénutrition et son importance au sein de l'institution.	Prévalence
		Facteurs favorisants
		Signes
		Prise en compte
Outils de dépistage de la dénutrition	Les outils mis en place de l'institution pour détecter la dénutrition.	Prise de poids
		MNA
		Autres moyens
Finger Food	Le déroulement de l'ensemble du projet et son fonctionnement au sein de la résidence.	L'aspect pratique
		Les implications organisationnelles
		Le suivi
		L'aspect positif
		L'aspect négatif
Vécu	Le vécu renvoie aux changements relevés depuis la mise en place du Finger Food.	L'autonomie
		Le plaisir de manger
		La qualité de vie
Points forts	L'ensemble des points forts relevés dans la mise en place du projet.	Liés au résident
		Liés au personnel
Points à améliorer	L'ensemble des points à améliorer relevés dans la mise en place du projet.	Liés au résident
		Liés au personnel
		Liés au menu
Ressentis	Les différents ressentis émis par les personnes interviewées	Ressenti positif
		Ressenti négatif
		Ressenti neutre
Recommandations	Les suggestions ou pistes d'amélioration décrites par les interviewés	Générales
		Spécifiques

