

## **NUTRITIONDAY worldwide / EHPAD/Maisons de retraite** **Explications et définitions**

### **Feuille I "Unité"**

**1. Code Centre :** Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

**2. Code Unité :** Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

**3. Nombre effectif de lits dans l'unité :** Veuillez remplir le nombre de lits pour lesquels le personnel est présent ce jour (ce chiffre prend en compte des lits fermés mais pas des lits vides par absence de malade).

**4. Nombre maximum de lits dans l'unité**

**5. Statut de la maison de retraite :** gestionnaire/propriétaire de l'établissement

- **publique :** Villes et autres collectivités territoriales
- **privée :** personnes/sociétés
- **associations (organismes sans but lucratif)**

**6. Personnels travaillant dans l'unité (à l'exclusion du ménage) :** Indiquez le nombre total d'intervenants par semaine dans l'unité. Ne mentionnez le personnel de ménage « agents de service » que s'il est impliqué dans la distribution des repas.

**6a) Groupes professionnels :**

Médecins attachés: nombre de médecins vacataires ou permanents (coordonnateurs d'EHPAD par exemple) intervenant dans l'unité

Médecins non-attachés: nombre de médecins intervenant ponctuellement pour prendre en charge un résident particulier

Surveillantes/surveillantes chef/cadres de santé

Infirmières: Indiquez le nombre d'infirmières

Aide-soignantes: Indiquez le nombre d' aide-soignantes

Diététiciens

Kinésithérapeutes/ergothérapeutes/ orthophonistes: Veuillez indiquer le nombre de kinésithérapeutes / ergothérapeutes / orthophonistes dans votre unité

Musicothérapeutes/animateurs: Veuillez indiquer le nombre de musicothérapeutes / animateurs dans votre unité

Bénévoles: Veuillez indiquer le nombre de bénévoles dans votre unité

Autres (préciser)

**6b) Nombre** : nombre de représentants de chaque groupe, quelque soit le temps passé dans l'unité. Veuillez cocher "aucun" s'il n'y a aucun professionnel de ce groupe dans votre unité.

**6c) Equivalents temps-plein** : Nombre d'heures passées par semaine dans l'unité rapportées à la durée de travail légale. Exemple : 35 heures par semaine représentent un ETP. Dix heures correspondent à 0,28 ETP.

Exemple 1: Deux médecins (base 40 h) passent chacun 2 jours dans l'unité la semaine de nutritionDay. Ceci correspond à 32 heures ou 0,8 ETP si on part sur une durée de 8 h par jour.

Exemple 2: Une diététicienne passe 5 heures jours dans l'unité la semaine de nutritionDay. Ceci correspond à 0,14 ETP.

**7. Utilisez-vous régulièrement des consignes écrites pour le suivi de la nutrition?**

Merci d'indiquer comment vous procédez en routine. Veuillez n'indiquer qu'une réponse.

**8. Evaluation de la dénutrition / du risque de dénutrition chez tous les résidents**

**par:** Veuillez indiquer comment vous évaluez la dénutrition / le risque de dénutrition.

**9. Quel pourcentage de vos résidents a besoin d'un soutien nutritionnel ?**

"Soutien nutritionnel" va de la surveillance alimentaire à la nutrition artificielle en passant par l'aide au repas et la délivrance de compléments nutritionnels.

**10. A quelle fréquence pesez-vous vos résidents ?** Veuillez cocher la bonne réponse.

## Feuille II: ("Tous résidents de l'unité")

1. **Feuille numéro** : Selon le nombre de résidents dans votre unité, vous aurez besoin de plusieurs feuilles. Indiquez le numéro de la feuille ici.

2. **Code Centre** : Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

3. **Code Unité** : Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

4. **Résident** : Indiquez les initiales du résident (2 premières lettres du nom et du prénom). Par exemple, Pierre Dupont : PI DU

5. **Numéro du résident** : Merci d'attribuer à chaque résident un numéro et de **noter ce numéro sur la liste des résidents**. C'est important car cela vous permettra de rechercher l'information sur leur devenir à 6 mois. Le même numéro doit être inscrit sur la feuille II ainsi que sur les feuilles IIIa et IIIb.

6. **Consentement** : Merci d'indiquer si le résident lui-même ou sa personne de confiance ont donné un consentement écrit à sa participation à l'enquête (**E**), si ce consentement a été oral (**N**) ou s'il y a eu un refus de participation (**C**). Les codes En cas de refus, merci de laisser la ligne vide et de ne pas remplir les feuilles IIIa et IIIb.

7. **Année de naissance** : Par exemple 1920.

8. **Sexe** : Merci de l'indiquer (**f = féminin, m = masculin**)

9. **Poids (mesuré ou estimé)** :

Veuillez indiquer le poids en kg. Il est préférable d'utiliser un poids mesuré.

"**m**": si le poids a été mesuré sur une balance il y a moins de trois semaines. Veuillez indiquer le poids à une décimale près.

"**e**": si le poids n'a pas été mesuré ou mesuré il y a plus de trois semaines.

10. **Taille (mesurée ou estimée)** :

Veuillez indiquer la taille en cm.

"**m**": si la taille a été déterminée avec une toise (résidents sans cyphose ou scoliose) ou calculée à partir de la distance talon-genou (résidents avec cyphose et/ou scoliose ou station debout impossible).

"**e**": taille mémorisée par le patient ou son entourage ou taille inscrite sur les documents d'identité.

**11. Niveau de soins :** Veuillez indiquer le temps passé pour les soins de base par résidente et par jour en choisissant parmi les 4 catégories proposées. Les soins de base comprennent l'hygiène, l'alimentation et la mobilité. Les soins médicaux (voir plus haut) et l'aide pour téléphoner ou se promener ne sont pas compris.

**12. Dénutrition:**

Si le résident a bénéficié d'un dépistage de la dénutrition, merci d'en indiquer le résultat: bien nourri (**N = non-dénutri**), à risque de dénutrition (**R = risque**) ou dénutri (**O = oui**).

**13. Durée du séjour dans l'établissement :**

En mois.

**14. Nombre d'hospitalisations en 2009 :**

Programmées ou en urgence, en hôpital ou en clinique, depuis que le résident a été admis dans votre établissement. Marquez 0 si le résident n'a pas été hospitalisé dans les 12 derniers mois.

**15. Déshydratation :**

Veuillez indiquer si le résident est déshydraté (**O=oui, N=non**).

**16. Rétractions :**

Veuillez indiquer si – au moment de l'enquête – le résident présente une ou plusieurs rétractions musculaires. Les rétractions sont définies par un raccourcissement statique du muscle du fait d'une hypertonie ou d'une fibrose (**0=aucune, 1=une, 2=plus d'une**).

**17. Escarres (degré maximum):**

Veuillez indiquer si – au moment de l'enquête – le résident présente une ou plusieurs escarres. La classification est dans le carré jaune sur la feuille II. Si le résident présente des escarres de degré différent, coter le degré le plus élevé. Marquez 0 si le résident n'a jamais eu d'escarre.

**18. Problème pour avaler:**

Veuillez indiquer si le résident a des problèmes pour avaler (fait des fausses-routes, recrache) (**O=oui, N=non**).

**19. Problèmes pour mastiquer :**

Veuillez indiquer si le résident a des problèmes pour mastiquer (**O=oui, N=non**).

**20. Etat cognitif :**

Veuillez évaluer la présence de signes de démence selon la classification dans le carré vert sur la feuille II. Idéalement, vous aurez recours au MMSE. Sinon, évaluez-le subjectivement.

## 21. Mobilité :

Veillez remplir le degré de mobilité du résident :

**1 : autonome** : le résident peut marcher au moins 50 m sans aide (sauf cannes).

**2 : avec mobilité partielle** : le déplacement est seulement possible à l'aide d'un déambulateur ou d'une chaise roulante qu'il actionne.

**3 : immobile** : le patient est confiné au lit ou se déplace en chaise roulante poussée par un tiers.

## 22. Combien de médicaments par jour?

Veillez indiquer le nombre total de médicaments (nombre de substances, pas de comprimés) que le résident doit prendre chaque jour. Marquez 0 si le résident ne prend pas de médicament.

## 23. Antidépresseurs :

Veillez indiquer si le résident reçoit des antidépresseurs (**O=oui, N=non**).

## 24. Antibiotiques :

Veillez indiquer si le résident reçoit des antibiotiques (**O=oui, N=non**).

## 25. Opiacés :

Veillez indiquer si le résident reçoit des opiacés contre la douleur (**O=oui, N=non**).

## 26. Régime alimentaire :

Veillez indiquer le régime reçu par le résident:

**1 = normal** : le résident reçoit des repas normaux.

**2 = mixé**: texture adaptée à la dentition et à la déglutition.

**3 = enrichi** : alimentation supplémentée en calories et/ou protéines (lait en poudre, crème, fromage râpé, pâtes hyperprotéinées...).

**4 = autres régimes**: diabétique, contre la goutte, sans lactose, sans gluten,...

**5 = aucun** : le résident ne mange pas.

## 27. Nutrition artificielle (1,2,3,..) et apports énergétiques en nutrition artificielle (ABCD) :

Ces questions se réfèrent à la nutrition artificielle (compléments nutritionnels liquides, nutrition entérale par sonde, nutrition parentérale) et aux calories qu'elle apporte (sans compter les calories de l'alimentation «normale» reçue. Si le résident en reçoit pas de nutrition artificielle, coder «1» mais aucune lettre.

N.B.: hypodermoclyse = nutrition parentérale sous-cutanée

## 28. Cathéters et sondes:

Veillez utiliser la classification dans le carré vert en bas et à gauche de la feuille II. S'il y en a plusieurs, séparez-les par une virgule. Marquez 0 si le résident n'a ni cathéter ni sonde.

**29. Durée depuis la mise en place du cathéter ou de la sonde :**

En mois. Marquez 0 si le résident n'a ni cathéter ni sonde.

**30. Pathologies (1,2,3,...) :**

Il s'agit de la cause principale de présence en EHPAD, la liste figurant dans le carré orange en bas et à droite de la feuille II. S'il y en a plusieurs, séparez-les par une virgule.

## Information générale sur les feuilles IIIa et IIIb

Les feuilles IIIa et IIIb peuvent être remplies par la famille ou les membres du personnel. Si sa santé le lui permet, le résident devrait être activement impliqué dans la procédure. Si possible, la feuille IIIb sera remplie après déjeuner le jour de l'enquête.

### Résidents qui devraient faire partie de l'enquête

Tous les résidents présents la semaine de l'enquête devraient être inclus. Ceux qui refusent l'enquête doivent quand même être listés sur la feuille II mais la lettre C est marquée et les feuilles IIIa et IIIb non remplies.

Merci d'aider les résidents incapables de répondre à remplir les questionnaires.

### Feuille IIIa ("le résident en général")

Entretien avec le résident par l'équipe et/ou les membres de la famille - 1<sup>ère</sup> partie

*(Astuce ! Remplissez les codes pour les questions 2. et 3. Avant de reprographier les feuilles)*

- 1. Résident numéro** : veuillez recopier le numéro marqué sur la feuille II.
- 2. Code Centre** : Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.
- 3. Code Unité** : Veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.
- 4. Résident** : Indiquez les initiales du résident (2 premières lettres du nom et du prénom). Par exemple, Pierre Dupont : PI DU
- 5. Votre poids il y a 5 ans** :  
Veuillez indiquer le poids «de form» en kg ou «inconn» si le résident ou sa famille ne le connaissent pas.

## Feuille IIIb ("le résident aujourd'hui") Entretien avec le résident par l'équipe – 2<sup>ème</sup> partie

*(Astuce ! Remplissez les codes pour les questions 3. et 4. Avant de reprographier les feuilles)*

- 1. Résident numéro** : veuillez recopier le numéro marqué sur la feuille II.
- 2. Initiales** : veuillez indiquer les initiales du résident (2 premières lettres du nom et du prénom). Par exemple, Pierre Dupont : PI DU
- 3. Code Centre** : veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.
- 4. Code Unité** : veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.
- 5. L'équipe ou la famille du résident peuvent noircir les cercles eux-mêmes (par exemple après le déjeuner, quand le repas est desservi) ou demander au résident de répondre.**

**Assiette** : les images de l'assiette sont le symbole d'un déjeuner normal constitué soit d'un plat unique soit d'une entrée, d'un plat et d'un dessert. Merci d'évaluer combien de nourriture a été ingérée. Les choix de réponse sont:

"tout" :  $\frac{3}{4}$  à la totalité du repas

"1/2" : la moitié du repas

"1/4" :  $\frac{1}{4}$  du repas

"rien" : rien à presque rien

"Je ne sais pas" : ni le résident ni personne dans l'unité ne sait ce que le résident a mangé au déjeuner.

**Verres/tasses** : veuillez indiquer le nombre de boissons (verres/tasses) prises au moment du repas (jusqu'à trente minutes après le repas), en incluant eau, thé, café et lait. Un verre contient environ 200 mL.

**Compléments nutritionnels** : il s'agit de toute formule liquide protéino-énergétique pharmaceutique. Merci de noter le nombre de compléments reçus pendant le repas (de 30 minutes avant à 30 minutes après).

## Liste des résidents de l'unité et devenir (tous participants)

Cette liste reste dans l'unité. Elle sert à retrouver les résidents après 6 mois pour évaluer leur devenir.

**1. Code Centre** : veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

**2. Code Unité** : veuillez indiquer le code anonyme à 1-4 chiffres que vous avez reçu du centre coordinateur.

**3. Habitat à 6 mois** : choisissez un code dans le carré orange au dessus (A,B,C,...) selon le devenir du résident.

**4. Date de transfert vers une autre unité, de décès,...**: à remplir selon l'événement mentionné en question 3.

**5. Poids (kg)** : si le résident est encore présent.

**6. Séjours à l'hôpital/en clinique pendant les six derniers mois** : veuillez indiquer le nombre et en jours - si le résident est encore présent.