

NOTE D'INFORMATION

Des commissions du goût pour améliorer les repas à l'hôpital en EHPAD : impact sur la prise alimentaire et la satisfaction des usagers

Evaluation des commissions du goût à l'hôpital

Claire Sulmont-Rossé
Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation (CSGA)
17 rue Sully
21 000 Dijon
Tél : 03 80 29 31 55
claire.sulmont-rosse@inra.fr

Madame, Monsieur,

Le Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation en collaboration avec le CHU de Dijon et l'Université de Bourgogne mènent actuellement une étude sur l'alimentation des personnes âgées hospitalisées ou vivant en maison de retraite.

Nous souhaitons vous solliciter pour participer à une **recherche dénuée de risques**.

Nous vous présentons ici les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

Votre participation à cette recherche est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous continuerez à bénéficier de la meilleure prise en charge médicale possible, conformément aux connaissances actuelles, et ce même si vous refusez de participer à cette étude.

Lisez attentivement cette notice, elle vous appartient.

**Vous pouvez la communiquer et en parler à votre médecin traitant
ou à vos proches pour avis.**

Posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.

**Après avoir obtenu les réponses à vos questions
et disposé d'un délai de réflexion,
vous pourrez alors décider si vous voulez participer ou non à cette étude.**

PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

L'objectif de l'étude est de mettre en place **des commissions du goût** dans l'hôpital : une fois par semaine, un groupe de patient donnera son avis sur le repas du jour : ce qu'il aime, ce qu'il n'aime pas, ce qui pourrait être amélioré... Ces évaluations seront transmises aux cuisiniers pour que ces derniers puissent retravailler les recettes.

Afin **d'évaluer l'impact de ces commissions du goût sur les repas**, nous allons peser tous les aliments et tous les boissons que vous consommerez pendant 2 jours. Les repas auront lieu dans les mêmes conditions que d'habitude (même menu, même heure). A la fin de chaque repas, nous vous demanderons de donner une note de satisfaction. De plus, nous vous demanderons de remplir un questionnaire qui comporte des questions sur vos habitudes de consommation, votre état de forme physique et moral ainsi qu'une mesure de poids, de taille et de circonférence du bras et du mollet.

Aucun jugement de valeur ne sera porté sur vos réponses.

Aucun risque n'est associé à cette étude. Le résultat attendu de l'étude est d'améliorer la qualité des repas servis à l'hôpital.

Pour vous remercier, vous recevrez à la fin de l'étude un bon d'achat d'une valeur de 10€.

Promoteur de l'étude

INRAE
147 rue de l'Université
75 007 Paris

Auteurs de l'étude

Claire Sulmont-Rossé
Directrice de recherche INRAE
Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation (CSGA)
Tél : 03 80 69 32 71
claire.sulmont-rosse@inra.fr

Virginie Van Wymelbeke
Unité de Recherche du Pôle Personnes Âgées
CHU de Dijon
2 rue Jules Violle
21 079 Dijon Cedex
Tél : 03 80 29 31 55
virginie.vanwymelbeke@chu-dijon.fr

CADRE REGLEMENTAIRE DE CETTE ÉTUDE

Cette étude a reçu pour sa mise en œuvre un avis favorable du Comité d'Evaluation Ethique de l'INSERM (CEEI - IRB), en date du 11/12/2019.

Vos droits à la confidentialité et au respect de la vie privée

Toutes les informations vous concernant seront conservées dans les meilleures conditions de sécurité et de confidentialité et ne seront consultables que par le responsable de l'étude et les expérimentateurs autorisés par ce dernier.

Aucun nom, prénom ou autre information permettant de vous identifier directement ou indirectement ne figurera dans les fichiers de résultats de cette étude. Seul un code individuel qui vous sera attribué au début de l'étude permettra d'établir une correspondance avec votre identité le temps de l'étude. A la fin de l'étude (soit 6 mois après le début de l'étude), la correspondance entre ce code et votre identité sera détruite et les données collectées dans les fichiers de résultats deviendront complètement anonymes. A ce stade, les données ne pourront plus être modifiées.

Votre indemnisation à cette étude implique l'enregistrement de données personnelles vous concernant (nom, prénom et adresse). Ces données sont destinées exclusivement à l'agence comptable du centre INRAE de Dijon et sont indépendantes des résultats de cette étude. Ces données seront détruites un an après la réception de votre bon d'achat.

Vos droits relatifs à la protection des données personnes

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement des informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ces droits et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Directeur CSGA, 9E Bd Jeanne d'Arc, 21000 Dijon (délai de réponse : 30 jours). Vous pouvez contacter également la déléguée à la protection des données personnelles par courrier à C.N.R.S. Service Protection des Données, 2 rue Jean Zay, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy ou par courriel à dpd.demandes@cirs.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation par courrier postal auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL – 3, Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou en ligne <https://www.cnil.fr/webform/nous-contacter>.

Vos droits quant à votre participation à cette étude

Votre participation est volontaire et libre. Votre éventuel refus de participer n'aura aucune conséquence sur le type et sur la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur vos relations avec votre médecin.

Vous pouvez à tout moment contacter l'investigateur principal pour toute question sur votre participation à l'étude ou sur vos données : Claire Sulmont-Rossé, CSGA CSGA-INRA, 17 rue Sully, BP 86510, 21065 Dijon Cedex.

Vous pouvez, à tout moment, décider d'arrêter de participer à cette étude en le notifiant à Claire Sulmont-Rossé (responsable de l'étude) sans avoir à vous justifier. En cas de retrait de consentement, vos données recueillies antérieurement au retrait seront utilisées et pourront être traitées dans les conditions prévues par la recherche.

Vous pourrez être informé(e), si vous le souhaitez, des résultats globaux de la recherche à la fin de l'étude auprès de l'investigateur principal. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet de communications et/ou publications dans des revues scientifiques dans lesquelles votre nom ne sera jamais utilisé.

CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Fait en 2 exemplaires : l'un est remis au participant, l'autre est conservé par l'investigateur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

J'ai reçu une note d'information écrite, que j'ai lue, précisant les modalités du déroulement de cette étude. J'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais pour la bonne compréhension de cette étude et j'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'ai pris note que les données qui me concernent seront traitées de manière confidentielle et anonyme. Je n'autorise leur consultation que par les auteurs de l'étude, les spécialistes qu'ils solliciteraient ou par les autorités de santé. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par les auteurs de l'étude.

Mon consentement ne décharge pas de leurs responsabilités les organisateurs de la recherche. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'accepte librement et volontairement de participer à l'étude intitulée « Des commissions du goût pour améliorer les repas à l'hôpital en en EHPAD : impact sur la prise alimentaire et la satisfaction des usagers. »

Je suis informé(e) qu'à tout moment, je peux interrompre ma participation dans cette étude, sans que cela ne me porte préjudice. J'ai été informé(e) que cette recherche peut être arrêtée pour des raisons médicales ou si cela est dans mon intérêt.

J'ai reçu une copie du présent document et j'ai été informé(e) qu'une copie serait également conservée par le responsable de la recherche dans les conditions garantissant la confidentialité et j'y consens.

Partie à remplir par le participant

Partie à remplir par l'investigateur

Signature

Signature

Date et Lieu

Date et Lieu