



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement sanitaire
et social public**

Promotion 2001 - 2002

LA QUALITE HOTELIERE EN RESTAURATION

L'EXEMPLE DU CENTRE DE GERONTOLOGIE LES ABONDANCES

Marion MOTTE

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 - ENJEUX ET RÉALITÉS DE L'ALIMENTATION DE LA PERSONNE	
ÂGÉE.....	7
1.1 ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ET RAPPORT GUY-GRAND	7
1.1.1 Le Programme National Nutrition-Santé	7
1.1.2 Le rapport Guy-Grand.....	11
1.2 LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LE COMPORTEMENT	
ALIMENTAIRE	14
1.2.1 Les aspects physiques.....	15
1.2.2 Les aspects psychologiques.....	18
2 - LA PLACE DE L'ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES POUR	
LES PERSONNELS SOIGNANTS DES ABONDANCES	22
2.1 FORMATIONS ET REPRÉSENTATIONS DES PERSONNELS DES	
SERVICES DE SOINS	24
2.1.1 La formation initiale du personnel des services de soins.....	24
2.1.2 La formation continue	27
2.1.3 Représentations du repas pour le personnel soignant	30
2.2 LES PRATIQUES QUI EN DÉCOULENT	35
2.2.1 Des pratiques ne respectant pas la réglementation.....	35
2.2.2 Pratiques de maltraitance	38
3 - PROPOSITIONS	41
3.1 LE CHOIX D'UNE STRUCTURE.....	41
3.1.1 Commission des menus	41
3.1.2 Mise en place d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition.....	43
3.1.3 Des actions à court terme.....	45
3.2 DES PROPOSITIONS POUR LE LONG TERME.....	46
3.2.1 Accompagnement humain et communication.....	46
3.2.2 La mise en place d'une politique alimentaire	48

CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	51
LISTE DES ANNEXES.....	55

Liste des sigles utilisés

AS : Aide-soignant

ASH : Agent des services hospitaliers

H.A.C.C.P : Hazard Analysis Critical Control Point

I DE : Infirmier Diplômé d'État

PNNS : Programme National Nutrition-Santé

INTRODUCTION

La santé est un état différentiel lié au code génétique, à des facteurs de risques endogènes tels l'alimentation et à des facteurs de risques exogènes tels le climat.

Aujourd'hui, il est établi qu'alimentation et état nutritionnel sont des déterminants essentiels du développement des maladies les plus répandues dans les pays industrialisés¹. Il s'agit par exemple de l'ostéoporose qui exposerait 40% des femmes de 75 ans à un risque de fractures².

Le maintien d'un état nutritionnel optimal, c'est-à-dire adéquation entre les apports et besoins nutritionnels, est un facteur déterminant de santé, notamment chez la personne âgée. Ceci au moins pour trois raisons.

Tout d'abord, le maintien d'un état optimal influence la résistance à la maladie. Ensuite, il contribue au pronostic des affections dégénératives et participe au processus de vieillissement³.

Toutefois, si l'importance de l'alimentation dans le domaine de la santé n'est plus à démontrer, des efforts importants restent encore à réaliser, et ce notamment en institution gériatrique.

En effet, les personnes âgées vivant en institution sont dénutries dans 55% des cas alors qu'à domicile ce taux est divisé par dix⁴.

Naturellement, on peut se demander si ce n'est pas l'institution la grande responsable de cette dénutrition.

Le rapport du Professeur Guy-Grand relatif à l'alimentation en milieu hospitalier souligne cette responsabilité.

¹ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ . Programme National Nutrition-Santé. *Cahiers de Nutrition Diététique*, Paris, 2001, n°3, p.207.

² Ibid.

³ SCHLIENGER J.L., PADIGNAC A. Alimentation de la personne âgée, un facteur de santé déterminant. *La Revue du Praticien*, 2 Mai 1994, t.8, n°256, p.27.

⁴ BALAS D. et al. La dénutrition chez la personne âgée : un problème de santé publique. Évaluation bioclinique et exploration dynamique en hôpital de jour. *La Revue de Gériatrie*, Novembre 1997, n°9, p.608.

Or, si nourrir était autrefois « un mal nécessaire » pour l'institution, la nutrition doit, aujourd'hui, rejoindre la restauration qui est fonction de confort et d'accueil. Ceci est d'autant plus vrai dans les établissements où sont hébergées des personnes âgées.

Car, la personne âgée en institution doit faire le deuil de son cadre de vie habituel et doit apprendre à vivre en collectivité. Et au-delà des apports nutritionnels recommandés, le repas permet aussi de garder le goût de la vie⁵.

Parce que c'est une donnée quotidienne, souvent dernier plaisir de la personne âgée, le repas doit être abordé avec une attention toute particulière.

Selon Françoise Morizot, la qualité totale en restauration se définit à partir de quatre critères⁶.

Dans un premier temps, il s'agit de la qualité bactériologique, fondée sur des règles d'hygiène et de sécurité mises en place à partir de la méthode H.A.C.C.P (Hazard Analysis Critical Control Point). Leur respect, tout au long de la chaîne alimentaire, est essentiel.

Dans un second temps, il s'agit de la qualité organoleptique qui comprend bien sûr le goût, mais aussi le plaisir de l'œil.

Dans un troisième temps, il s'agit de la qualité nutritionnelle qui suppose l'adéquation entre apports et besoins nutritionnels.

Enfin, dans un quatrième temps, il s'agit de la qualité hôtelière qui regroupe la qualité environnementale et celle du service.

C'est parce que ce dernier critère est souvent laissé de côté que j'ai décidé, en tant que directeur d'établissement pour personne âgée, de l'étudier.

Cette étude va s'appuyer sur mon expérience lors de mon stage de neuf mois.

Ce stage s'est effectué au Centre de Gérontologie Les Abondances, établissement public de santé à vocation exclusivement gériatrique, situé dans la commune de Boulogne-Billancourt, dans les Hauts de Seine.

⁵ ABRAMOVIC C. Le goût de la vie. *Gérontologie et Société*, Décembre 1997, n°83, p.84

⁶ MORIZOT F., DANIEL-LAMAZIERE D. Démarche qualité en restauration et nutrition. *Objectif Soins*, Avril 2000, n°85, p.2.

Cet établissement a une capacité de 412 lits et 12 places d'accueil de jour. Les lits, n'ayant pas tous le même statut juridique, se décomposent comme suit :

- 30 lits de soins de suite et de réadaptation, dont 15 sont effectivement installés,
- 122 lits de cure médicale,
- 260 lits de soins de longue durée.

Les services de soins sont situés dans un bâtiment en forme de fer à cheval.

Au rez-de-chaussée du bâtiment central, se situent les soins de suite, à côté du restaurant. Au niveau de l'aile droite, comprenant deux étages, se trouvent trois unités de psychogériatrie accueillant 49 résidents. Enfin, sur les quatre étages de la partie centrale et de l'aile gauche, se trouvent les unités d'hébergement dites classiques.

Notre étude portera, exclusivement sur ces dernières unités pour plusieurs raisons. D'une part, ces unités hébergent le plus grand nombre de résidents. D'autre part, la plupart des personnes âgées du service de soins de suite prennent leur repas au restaurant et les unités de psychogériatrie ont développé un projet de repas thérapeutique.

Notre étude se limitera donc aux quatre services hébergeant 333 personnes.

Ces quatre services, dont la capacité d'accueil (80) varie légèrement d'un étage à l'autre, sont d'une architecture similaire. Ils se situent donc dans un bâtiment en forme de L.

Chaque aile dispose d'un office et d'une salle à manger d'une capacité d'une vingtaine de couverts.

Environ dix personnes âgées par service se rendent au restaurant pour leurs repas. Les autres se restaurent, selon leur autonomie, dans leur chambre ou dans la salle à manger du service.

Concernant la dépendance dans ces unités, elle est ainsi répartie :

- GIR 1 : 59%
- GIR 2 : 19%
- GIR 3 : 10%
- GIR 4 : 5%
- GIR 5 : 4%
- GIR 6 : 3%

Force est de constater que les personnes âgées hébergées dans ces unités sont très dépendantes puisque 78% d'entre elles relèvent des GIR 1 et 2.

Le producteur des repas, le service Cuisine, somme toute capital dans la chaîne alimentaire, ne fera pas l'objet d'une étude particulière. En effet, les repas confectionnés par ce service sont d'une grande qualité gustative et bactériologique. En 2001, 302 709 repas, préparés en liaison chaude, ont été distribués au sein de l'établissement.

Prestataire de qualité, la cuisine des Abondances prépare depuis mars 2000, par convention avec la mairie de Boulogne-Billancourt, les repas des cinq clubs du Troisième âge de la ville ainsi que ceux du portage à domicile. Les clubs sont ouverts du lundi au vendredi pour le déjeuner. Le portage à domicile est assuré pour les déjeuners et dîners du lundi au samedi. Ces repas sont confectionnés en liaison froide.

Le travail de la diététicienne ne sera pas non plus abordé puisqu'il relève plus particulièrement de la nutrition, dont la prise en charge aux Abondances est de bonne qualité.

D'une qualité gustative reconnue, la qualité du repas est pourtant amoindrie dans les services de soins (on entend par services de soins, les quatre services de notre étude, sont donc exclus les unités de psychogériatrie et les soins de suite) par une qualité de service très faible.

Parce que la politique générale de l'établissement est proposée, définie et mise en œuvre par le directeur, il lui revient la charge d'impulser une politique alimentaire globale de qualité qui ne saurait s'arrêter aux portes de la cuisine.

Parce que la gestion du personnel est exercée par le directeur, il lui revient la charge d'organiser les services notamment par la mise en place d'une politique de formation aux objectifs précis.

Pour au moins ces deux raisons, le directeur d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes se doit d'être le garant d'une prestation repas de qualité et ce tout au long de la chaîne alimentaire.

Pourtant, au Centre de Gérontologie Les Abondances, le moment du repas, dans quatre services en particulier, ne bénéficie pas d'une prestation de qualité.

À partir de ce constat, nous pouvons formuler une hypothèse (n°1) principale : le moment du repas ne bénéficie pas d'une prestation de qualité parce qu'il n'est pas reconnu à sa vraie valeur dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes.

De cette hypothèse centrale, découlent d'autres hypothèses, secondaires :

- Parce que les personnels des services de soins ne sont pas ou peu formés. (n°2)
- Parce que pour les personnels des services de soins, le repas est surtout un acte « médical ». (n°3)
- Parce que les personnels des services de soins pensent que le repas n'est pas un moment convivial pour les résidents. (n°4)

Afin de vérifier ces hypothèses, deux investigations sur le terrain ont été nécessaires.

Il s'agit de la consultation des plans de formation pour les années 2001 et 2002. L'objectif de cette consultation étant de savoir si des personnels des services de soins avaient formulé des demandes de formation relative à l'alimentation de la personne âgée, et si oui, si elles avaient été accordées.

La deuxième investigation est l'observation in situ qui a été le déclencheur de cette étude. Afin de connaître l'établissement, j'ai, au cours du premier mois de stage, accompagné les agents des différents services. Puis, au cours de l'année, l'observation in situ s'est essentiellement axée sur les services de soins.

Enfin, un questionnaire⁷ relatif à l'alimentation de la personne âgée a été distribué aux agents des quatre services de soins. Son objectif premier était la confrontation de ses résultats avec ceux de l'observation in situ.

Enjeu de santé publique, l'alimentation de la personne âgée revêt des spécificités physiques et psychologiques (I). Or, les personnels soignants, peu formés à cette question ne l'appréhendent pas toujours correctement (II). Alors, c'est au directeur qu'il revient d'impulser une politique alimentaire globale de qualité (III).

⁷ Cf annexe.

1 -ENJEUX ET REALITES DE L'ALIMENTATION DE LA PERSONNE AGEE

Si l'alimentation de la personne âgée est un enjeu de Santé Publique, elle revêt des caractères spécifiques.

1.1 ENJEU DE SANTE PUBLIQUE ET RAPPORT GUY-GRAND

Comme il l'a déjà été souligné, il est à présent établi qu'alimentation et santé sont intimement liées, et ce à tous les âges de la vie. Aussi, pour prendre un exemple se rapportant à notre sujet, nous savons que l'ostéoporose, due à un manque d'apport en calcium, entraîne des risques de fractures chez 10% des femmes à 50 ans, 20% à 60 ans et 40% à 75 ans.⁸

Pourtant, la France a la chance, comme l'ensemble des pays industrialisés, de ne plus avoir à s'inquiéter du manque d'aliments.

1.1.1 Le Programme National Nutrition-Santé

En 1999, le Gouvernement français s'est intéressé de plus près à la question de la nutrition et de l'alimentation.

⁸ DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, op.cit, p.207.

Tout d'abord, la Direction Générale de la Santé a sollicité l'avis des différents experts nationaux. Puis la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétaire d'État à la Santé ont demandé une étude globale de la situation au Haut Comité de la Santé Publique. Ce dernier a rédigé un rapport s'intitulant « Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France ».

Et c'est lors de la clôture des États Généraux de l'alimentation, le 13 décembre 2000, que Lionel Jospin, Premier ministre, annonce le lancement d'un Programme National Nutrition-Santé (PNNS) dès janvier 2001.⁹

Comme son nom l'indique, « le PNNS a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition ».¹⁰

Le PNNS comprend neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de Santé Publique et neuf objectifs nutritionnels spécifiques et six axes stratégiques.

1.1.1.1 Un axe stratégique au système de soins

Ce dernier nous intéresse plus particulièrement : « Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins » . Cet axe comporte six objectifs.

Le premier prescrit de « Faciliter l'accès à la consultation de nutrition » notamment en la développant par la création sur cinq ans de 800 postes de diététiciens et 50 postes de praticiens hospitaliers.

Le deuxième objectif « Développer la prise en charge nutritionnelle à l'hôpital » propose l'élaboration d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé grâce à la mise en place d'une structure transversale de liaison sur l'alimentation nutrition.

⁹ ibid.

¹⁰ ibid. p.208.

Le troisième vise l' « utilisation d'un disque d'évaluation nutritionnelle en pratique clinique » afin de systématiser cette évaluation par le personnel de santé.

Le quatrième objectif tend à « préciser les fonctions et les métiers de la nutrition » et « Adapter les formations des professionnels aux enjeux actuels ». À ce titre, il est important de rappeler que la nutrition n'est un enseignement universitaire obligatoire pour les médecins que depuis une dizaine d'années et que peu d'universités l'appliquent pleinement¹¹.

Le cinquième prévoit d' « établir des recommandations pour la pratique clinique dans le domaine du dépistage et de la prise en charge des troubles nutritionnels ».

Enfin, le dernier objectif prône la mise en place d'une « veille scientifique et diffusion de synthèses actualisées ».

La Direction Générale de la Santé a diffusé une circulaire¹² en janvier 2002 relative à la mise en œuvre de ce PNNS. Sa fiche technique n°2 consacrée aux établissements de santé prévoit notamment la promotion des démarches qualités de la fonction restauration nutrition et la création dans les établissements de santé d' « une structure destinée à organiser l'alimentation des patients et des personnels en milieu hospitalier, nommée comité de liaison alimentation nutrition¹³.

¹¹ GUY-GRAND B. Alimentation en milieu hospitalier. Rapport de mission à Monsieur le Ministre Chargé de la Santé, Paris, 1997, p.30.

¹² Circulaire DGS/SD 5A n°2002-13 du 9 janvier 2002

¹³ Infra

1.1.1.2 Les objectifs du PNNS

Les premiers visent la promotion des facteurs de protection ainsi que la réduction d'exposition aux facteurs de risques vis-à-vis des maladies chroniques. Les seconds s'attachent à diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques des groupes à risque.

Des objectifs spécifiques

Ainsi, n'est-t-il pas étonnant qu'il soit fait état, dans ces neuf objectifs nutritionnels spécifiques, des personnes âgées. Effectivement, deux des neuf objectifs spécifiques du PNNS concernent les personnes âgées. Il s'agit, d'une part, d'« améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées » et, d'autre part, de « prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées ».

Améliorer le statut en calcium et en vitamine D

S'agissant de l'amélioration du statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées, elle fait suite à un constat antérieurement cité¹⁴ à savoir que l'ostéoporose est l'une des principales causes des fractures chez les personnes âgées. Naturellement, l'objectif est la réduction de la fréquence de ces fractures. Dans ce cadre, le PNNS propose trois actions :

- « Mettre en place des actions destinées à améliorer la consommation et le statut en calcium durant toute la vie »

- « Favoriser la supplémentation mixte en calcium et en vitamine D chez les personnes âgées vivant en institution »

¹⁴ Supra

-« Rappeler chez les personnes âgées vivant à domicile, l'intérêt d'une supplémentation en vitamine D éventuellement associée à un supplément calcique ».

La dénutrition

S'agissant du deuxième objectif spécifique aux personnes âgées, « Prévenir, dépister, limiter la dénutrition des personnes âgées », il trouve son fondement dans la fréquence de plus en plus importante de la dénutrition de cette population spécifique. Le PNNS propose quatre actions :

-« Analyser les problèmes nutritionnels et alimentaires (accessibilité, consommation, préparation) des personnes âgées (>75 ans) vivant seules à domicile »

-« Développer des recommandations pour la pratique clinique sur la nutrition des personnes âgées »

-« Favoriser le dépistage en pratique médicale de ville et d'institution des états de dénutrition (disque d'évaluation nutritionnelle) »

-« Favoriser l'implication des familles dans la prise en charge nutritionnelle des personnes âgées (guide spécifique) ».

Le Programme National Nutrition-Santé fait suite, dans ses aspects relatifs à l'alimentation de la personne âgée en institution, à un rapport ministériel de 1997 traitant de l'alimentation en milieu hospitalier.

1.1.2 Le rapport Guy-Grand

L'intérêt du rapport Guy-Grand pourrait, à première vue, paraître un peu éloigné de notre sujet. En, effet, selon les termes de la lettre de mission du Ministre

délégué à la Santé, Monsieur Philippe Douste-Blazy, l'étude doit porter sur « les problèmes nutritionnels et les modalités de l'alimentation en milieu hospitalier ». Ainsi, dans un premier temps, on pourrait croire qu'il s'agit de traiter ce problème uniquement du point de vue des usagers hospitaliers, c'est-à-dire de malades dont la durée de séjour est plus ou moins courte.

Mais, le rapport Guy-Grand rappelle que l'une des populations à risque est la personne âgée surtout lorsqu'elle est hospitalisée en Unité de Soins de Longue Durée.

De plus, parce que, d'une part, l'ensemble de ses professionnels a les mêmes formations initiale et continue, et parce qu'il est, d'autre part, soumis aux mêmes obligations réglementaires, le rapport Guy-Grand s'applique sans conteste, même s'il n'est pas un centre hospitalier classique, à l'établissement public de santé qu'est le Centre de Gérontologie « Les Abondances ».

1.1.2.1 Les constats du rapport Guy-Grand :

En tant que donnée quotidienne à l'hôpital, l'alimentation devrait revêtir une importance toute particulière de la part de l'ensemble des acteurs hospitaliers. Si cette importance est sans nul doute nécessaire aux usagers du Service Public Hospitalier, elle ne peut pas ne pas être assurée aux usagers les plus sensibles au risque de malnutrition tels les personnes âgées. Cependant, il apparaît que l'alimentation n'a pas la place qui lui est due.

Tout d'abord, la réglementation en terme d'hygiène n'est pas suffisamment respectée. En effet, les résultats¹⁵ de l'enquête menée par la commission d'étude du rapport ministériel, note 16% de non-respect avoué¹⁶ des chaînes froides dans les unités de soins et 35% de non-respect de la marche en avant¹⁷.

¹⁵ GUY-GRAND B., op.cit, p.14.

¹⁶ Ce pourcentage de non-respect étant avoué, on peut raisonnablement penser qu'il est en réalité beaucoup plus élevé.

¹⁷ La marche en avant permet de limiter le risque de contamination croisé entre un produit propre et un produit sale.

Ensuite, l'enquête démontre l'absence de commission des menus dans 35% d'établissements. « Instance d'expression »¹⁸ de l'avis des usagers, cette commission, dont l'intérêt est peut-être moindre pour des services de court séjour, prend en revanche toute son importance lorsqu'elle est destinée à des personnes âgées résidant longtemps dans l'établissement.

Puis, le rapport Guy-Grand confirme globalement l'intérêt d'une partie de notre étude en qualifiant la qualité du service de peu prise en compte¹⁹. Il s'agit, notamment, de la température des repas, préparés en liaison chaude tels ceux du Centre de Gérontologie « Les Abondances », lors de la distribution au consommateur, qui doit être supérieure ou égale à +63°C²⁰.

Enfin, ce rapport note le manque de formation et d'implication de l'ensemble des professionnels soignant, médical²¹ mais aussi administratif²². Et aussi, un « cloisonnement hospitalier »²³ auquel n'échappent pas les services de soins et la cuisine du Centre de Gérontologie « Les Abondances ».

1.1.2.2 Les recommandations

Somme toute, d'un constat alarmant, le rapport Guy-Grand formule diverses recommandations. Certaines, comme la réforme des formations initiales des personnels, ne sont pas du ressort direct d'un chef d'établissement.

Pour autant, d'autres le sont. En effet, ce rapport préconise déjà la mise en place, au sein de chaque établissement, d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition dont l'objectif premier est la réunion et la sensibilisation de tous les professionnels impliqués dans l'alimentation des résidents afin d'optimiser la prise en charge nutritionnelle et la restauration.

¹⁸ PAJOT-PHILOUZE A-C. Le temps du repas en maison de retraite : enjeu institutionnel, le directeur garant d'un repas de qualité. Mémoire ENSP de directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 2001, p.68.

¹⁹ GUY-GRAND B., *ibid.*

²⁰ Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, article 19.

²¹ GUY-GRAND B., *op.cit.*, p.25.

²² *ibid.* p.33.

²³ *ibid.* p.34.

Cette préconisation, datant de 1997, aura dû attendre la circulaire relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé²⁴ pour avoir un début de base réglementaire. Cette circulaire fait suite à celle de la Direction Générale de la Santé relative à la mise en œuvre du PNNS²⁵. Il semblerait qu'à partir des recommandations du rapport ministériel une politique nationale de l'alimentation se définisse.

Comme il l'a été souligné, cette politique nationale prend en compte les spécificités de certaines populations à risque telles les personnes âgées. Elle n'oublie pas non plus que c'est en institution que l'on trouve le plus de personnes âgées dénutries.

1.2 LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Mêmes si les besoins des personnes âgées sont identiques à ceux des personnes d'âge adulte, leur vieillissement tant physiologique que psychologique oblige la prise en compte de leurs spécificités. À ce titre, il sera d'abord fait état de leurs aspects physiques et de leurs aspects psychologiques.

²⁴ Circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002.

²⁵ Supra

1.2.1 Les aspects physiques

Le vieillissement de tout être humain entraîne des modifications physiologiques plus ou moins importantes, susceptibles d'entraver la prise alimentaire ; il s'agit des modifications sensorielles, d'organes, et des métabolismes.

1.2.1.1 Les modifications sensorielles

L'étude de ces modifications suivra les différentes étapes précédant la prise alimentaire, à savoir que l'on sent d'abord un plat, puis on le regarde, enfin on le goûte.

1.2.1.1.1 *L'odorat*

C'est bien le premier sens qui met en appétit. Mais avec le vieillissement, les capacités cognitives et intellectuelles sont diminuées et concourent à la difficile mémorisation des stimuli odorants. Aussi, la sensibilité olfactive diminue, l'évaluation de la qualité et du caractère agréable des odeurs est perturbée entraînant leur difficile identification.

Cette difficile identification olfactive pourra alors conduire le sujet à refuser de regarder le plat.

1.2.1.1.2 *La vue*

Elle joue un rôle plus important qu'il n'y paraît et permet d'anticiper la saveur d'un mets. Il est utile de rappeler ces petites expressions : « Goûter avec les yeux », « Nos yeux y tâtent avant d'y goûter »²⁶.

La vue résiste moins bien que d'autres sens au vieillissement.²⁷

Lorsqu'elle est perturbée, l'association apparence-saveur est difficile et peut entraîner un refus du plat proposé puisque non reconnu. Le respect des

²⁶ DUROUX M. Manger, c'est vivre ! *L'aide-soignante*, Mars 1997, n° 3, p.6.

propriétés organoleptiques jouent un rôle primordial dans cette reconnaissance. De même, si des lunettes pallient la perturbation visuelle, il faudra que les plats soient agréables à la vue.

1.2.1.1.3 *Le goût*

Il s'agit d'une perception sensorielle complexe. On parle d' « un phénomène (...) à la fois physiologique, psychologique et culturel ». En effet, ce sens a une partie innée, le goût sucré dont les enfants raffolent, et une partie apprise durant la vie, notamment à travers l'éducation²⁸. Toutefois, si ce sens s'altère quelque peu avec le vieillissement, on peut le préserver en le stimulant par des saveurs variées, plus parfumées et plus épicées²⁹.

Il faut noter que c'est peut-être l'altération de ce sens qui engendrerait la préférence des personnes âgées pour le sucré³⁰.

1.2.1.2 Les modifications d'organes

A l'instar des modifications sensorielles, l'étude des modifications d'organes suit l'ordre d'action de la prise alimentaire.

1.2.1.2.1 *Le vieillissement bucco-dentaire*

Si la chute des dents n'est pas inévitable au cours du vieillissement, 50% des sujets âgés présentent une édentation totale³¹. Une bonne dentition,

²⁷ CATTARELLI M. *Nutrition et alimentation de la personne âgée*. La lettre de l'institut Danone. Juin 1999. Chapitre 1, Effets du vieillissement, pp.8-17.

²⁸ FERRY M., et al. *Nutrition de la personne âgée : Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris : Berger-Levrault, 1996. p.23.

²⁹ LESOURD B. Introduction de la qualité dans la nutrition de la personne âgée. *Gestions Hospitalières*. Janvier 1997, n°362, p.51.

³⁰ FERRY M., et al., op.cit, p.97.

corollaire d'une bonne mastication, permet d'avoir une alimentation variée, premier facteur d'équilibre nutritionnel. Ainsi la perte des dents, même si un appareillage peut la pallier, va modifier le choix des aliments ingérés, en écartant par exemple la consommation de viande.

1.2.1.2.2 *Les intestins*

La muqueuse gastrique, s'atrophiant avec l'âge, l'évacuation se fait mal. Aussi, il faut compter trois heures pour qu'elle soit complète³².

Enfin, le vieillissement peut entraîner des troubles fonctionnels intestinaux retardant l'assimilation des nutriments. Ce ralentissement est notamment responsable de constipation.

1.2.1.3 Modifications métaboliques.

1.2.1.3.1 *Sarcopénie*

Les effets du vieillissement entraînent une diminution de la masse maigre chez le sujet âgé surtout sédentaire. Il s'agit essentiellement d'une diminution de la masse musculaire. En effet, cette dernière qui représente en moyenne 45% du poids du corps entre 20 et 30 ans, n'en constitue plus que 27% à 70 ans³³. La diminution de la masse maigre est aggravée par la réduction de l'activité physique et peut entraîner une perte de l'autonomie alimentaire³⁴.

1.2.1.3.2 *Calcium et vitamine D*

Le métabolisme du calcium et de la vitamine D est modifié avec le vieillissement et peut entraîner une carence vitamino-calcique. En France, cette dernière est

³¹ *ibid.* p.19.

³² LESOURD B., *op.cit.*, p.51.

³³ BEAUFRÈRE B. La lettre de l'institut Danone., *op.cit.*, p.15.

³⁴ FERRY M., et al. *op.cit.*, p.98.

presque toujours constante chez les sujets âgés vivant en institution³⁵. Aggravant la perte osseuse, liée à l'âge, cette carence vitamino-calcique augmente le risque de fractures. Cette carence peut-être prévenue par une supplémentation vitamino-calcique³⁶.

Cependant, le vieillissement physiologique n'est pas à lui seul une cause de malnutrition : sinon, toutes les personnes âgées seraient malnutries. Or, ce n'est heureusement pas le cas. En revanche, les spécificités psychologiques liées au vieillissement jouent certainement un rôle très important, même s'il est peu connu.

1.2.2 Les aspects psychologiques

À l'instar des modifications physiologiques, le cheminement psychique de la personne âgée joue un rôle déterminant dans la prise alimentaire.

Se nourrir étant l'une des activités premières de la vie, il nous est apparu nécessaire d'expliquer les goûts et préférences du nourrisson en matière d'alimentation afin de mieux comprendre ceux de l'autre âge extrême.

1.2.2.1 L'alimentation du nourrisson

1.2.2.1.1 *Les goûts du nourrisson*

En effet, l'alimentation du nourrisson est essentiellement liquide et sucrée, cette saveur sucrée étant d'ailleurs la seule à procurer un hédonisme inné³⁷.

³⁵ LE QUINTREC J-L. La lettre de l'institut Danone., op.cit, p.16.

³⁶ FAUCHER N., TEILLET L. Y a-t-il des interdits dans l'alimentation du sujet âgé ? *Le concours médical*, 4 octobre 1997,n°30, p.2218.

³⁷ FERRY M., et al., op.cit, p.201.

Son alimentation est associée, pour le nourrisson, à des objets de succion tels le sein maternel ou encore la tétine du biberon.

Cependant, en grandissant, l'enfant va devoir accepter les différentes conduites alimentaires de son environnement socioculturel. Alors, les textures et saveurs des aliments vont être modifiées.

En effet, les aliments proposés et ingérés, non sans difficulté, vont devenir de plus en plus solides et salés ; les aliments sucrés récompensant cette absorption. De cette récompense sucrée, Jacques Gaucher³⁸ propose d'en reconnaître « la vraie valeur des desserts dans la structuration du repas adulte » .

1.2.2.1.2 *Les enjeux de l'alimentation*

Le nourrisson est dépendant pour sa prise alimentaire de sa mère, ou de toute autre personne qui en assumerait le rôle. Si cette dépendance alimentaire est bien réelle, la dépendance relationnelle l'est également. À ce titre, les psychologues ont nommé oralité « l'ensemble des enjeux et des échanges qui se réalisent (...) » à travers la rencontre du nourrisson et de sa mère³⁹.

Car, si la vie du nourrisson se résume à l'alimentation et au sommeil, dormir n'est pas un état favorisant les relations. Or, comme tout être humain, à l'instar de l'alimentation, le nourrisson a besoin de relations. Par conséquent, il ne lui reste plus que la prise alimentaire pour être en relation avec autrui.

En définitive, alimentation et relation sont étroitement liées, et ce dès la naissance. En effet, en l'alimentant par le sein ou par le biberon, la mère est en relation avec son enfant notamment par la parole. Car en procédant à l'alimentation de son enfant, une mère lui parle aussi. « L'orifice buccal de l'un reçoit, l'orifice buccal de l'autre donne »⁴⁰. Et c'est à partir de cet échange, que convivialité et plaisir à partager un repas trouvent leur fondement. Le repas n'est alors plus uniquement une question de survie alimentaire, mais aussi l'enjeu d'une relation.

³⁸ CHAPUY P-H., et al. *Alimentation de la personne âgée : aspects diététiques, médicaux, psychologiques et sociaux*. Paris : SIMEP, 1992. p.91.

³⁹ *ibid.*, p.97.

1.2.2.2 Conséquences sur l'alimentation de la personne âgée.

Elles sont de deux ordres, gustatif et relationnel.

1.2.2.2.1 *Les goûts de la personne âgée*

Saveur de prédilection du nourrisson, le sucré serait également préféré par les personnes âgées. Cette préférence trouve son explication dans les lois d'acquisition cognitives.

En effet, selon ces dernières, les plus anciennes, en l'espèce le sucré, seraient plus persistantes et inversement, les plus nouvelles, le salé et le solide, s'effaceraient plus rapidement⁴¹. De même, par une alimentation autre que le lait maternel, l'enfant n'est plus dépendant de sa mère nourricière. Ce cheminement psychique paraît être renversé chez la personne âgée⁴². D'une certaine manière, en (re)devenant dépendante, les goûts de la personne âgée (re)deviendraient primaires, comme si à l'état de dépendance, le sucré prévalait.

1.2.2.2.2 *Les enjeux relationnels*

La prise alimentaire du nourrisson est propice à la relation avec sa mère. Or, si les personnes âgées peuvent communiquer entre elles, et donc avoir des relations, lorsqu'elles sont autonomes pour s'alimenter, communication et relation sont bien souvent anéanties lorsqu'elles ont perdu cette capacité. En effet, lorsque à la mère se substitue le soignant, les relations peuvent devenir inexistantes. Car pour ce substitut maternel, l'acte de manger est avant tout un soin, au sens médical du terme.

1.2.2.3 Le repas en institution

La salle à manger ou le restaurant est un des lieux essentiels de l'institution parce qu'il est bien souvent le lieu privilégié où se déroulent de nombreuses activités.

⁴⁰ *ibid.* p.98.

⁴¹ *ibid.*, p.91.

Lieu de convivialité, il peut aussi être agressif.

D'une part, il faut se souvenir qu'avant leur entrée en institution, les personnes âgées vivaient à leur domicile et ce souvent seules. Aussi, mangeaient-elles seules. L'institutionnalisation, signifiant déjà perte d'autonomie et abandon du domicile, impose en sus le partage des repas (normalement avec la famille, les amis, les collègues) avec de parfaits inconnus. C'est en ce sens que le repas peut être ressenti comme une agression.

D'autre part, partager son repas, c'est aussi s'exposer au regard des autres et aussi reconnaître dans leurs déficits les siens. C'est « cette prise de conscience qui étend la blessure narcissique » .

Il est également important de noter qu'en institution, notamment, des modalités d'alimentation peuvent favoriser passivité et dépendance des personnes âgées⁴³. Il s'agit par exemple de l'alimentation à la cuiller. Cette modalité est souvent retenue pour des sujets ayant encore la capacité de s'auto-alimenter, parce que les soignants estiment trop lente la prise alimentaire du sujet âgé.

⁴² *ibid.*

2 -LA PLACE DE L'ALIMENTATION DES PERSONNES AGEES POUR LES PERSONNELS SOIGNANTS DES ABONDANCES

Comme nous venons de le voir, l'alimentation est par bien des aspects complexe. Par la distribution des repas et l'aide à la prise alimentaire, les personnels des services de soins, infirmiers diplômés d'état, aides-soignants et agent des services hospitaliers, constituent le dernier maillon de la chaîne alimentaire.

Afin de vérifier nos hypothèses de départ, l'étude des formations, initiale et continue, ainsi que celle des représentations des soignants relatives au repas paraissaient incontournables. Si cette étude n'entend pas approuver les pratiques qui en découlent, elle permettra certainement de les expliquer.

Rappels méthodologiques :

La méthodologie utilisée a consisté en une observation in situ et l'analyse d'un questionnaire et des plans de formation.

L'observation in situ s'est déroulée tout au long des neuf mois de stage. Évidemment, sa périodicité était variable. Toutefois, elle était en moyenne d'une fois par quinzaine et se déroulait sur les quatre étages. L'observation concernait les trois repas principaux :

- le petit déjeuner servi à 7 heures 30
- le déjeuner servi à 12 heures
- et le dîner servi à 18 heures 30.

Le personnel présent pour le petit déjeuner et le déjeuner, par étage, était en moyenne, de deux infirmiers diplômés d'état, sept aides-soignants et quatre

⁴³ GEISSBÜHLER E., GEISSBÜHLER F., RAPIN C-H. Poids des problèmes pratiques, conceptuels et éthiques liés à l'alimentation à la cuiller des patients âgés en perte de capacités. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2001, n° 64, p.6.

agents des services hospitaliers. Pour le dîner, cette équipe se réduisait à un seul infirmier, six aides-soignants et trois agents des services hospitaliers.

Les résidents les plus valides, prenant leurs repas au restaurant du rez-dechaussée, ne font pas partie de cette observation. Les résidents les plus dépendants en sont également exclus puisque prenant leurs repas en chambre.

En définitive, l'observation in situ a concerné essentiellement les résidents les plus nombreux, c'est-à-dire ceux qui prennent leurs repas dans la salle à manger de leur aile.

Le questionnaire comporte douze questions dont onze se rapportent à l'alimentation au sens large. La première question est quant à elle relative à l'appartenance du corps professionnel. Ce questionnaire a été distribué par les cadres infirmiers à l'ensemble des agents des services de soins des quatre étages, c'est-à-dire 104 personnels.

Il m'a été retourné 24 questionnaires remplis soit un taux de réponses de 23%. Ce faible taux peut, dores et déjà, laisser présager un manque d'intérêt certain à la question de l'alimentation.

Les 24 réponses proviennent de deux agents des services hospitaliers, onze aides-soignants et onze infirmiers diplômés d'état.

La confrontation de l'observation in situ et des réponses au questionnaire paraissait intéressante dans la mesure où l'on n'écrit pas toujours ce que l'on fait, et ce non pas par manque d'honnêteté, mais souvent par un manque de prise de conscience de ses actes routiniers.

2.1 FORMATIONS ET REPRESENTATIONS DES PERSONNELS DES SERVICES DE SOINS

Les personnels des services de soins ont souvent pour pouvoir exercer leur profession l'obligation de détenir un diplôme. C'est souvent à partir de ces enseignements théoriques que découlent les représentations des agents pour leur métier.

2.1.1 La formation initiale du personnel des services de soins.

Il s'agit d'infirmiers diplômés d'état (IDE), d'aides-soignants (AS), et d'agents des services hospitaliers (ASH).

2.1.1.1 Les IDE

Le décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière⁴⁴ stipule que l'infirmier a la responsabilité de l'accomplissement des soins directs auprès du patient.

Le soin direct comprend la préparation, la surveillance immédiate du patient et l'exécution du soin. Ainsi, le repas fait-il partie intégrante de la profession. Cependant, dans les programmes de formation initiale de ces soignants, il n'existe pas de module spécifique sur l'alimentation, celle-ci étant survolée pour certaines pathologies spécifiques, la vieillesse n'en étant pas une.

Il en ressort qu'à la question 10 du questionnaire « Avez-vous reçu une formation formelle ou informelle concernant l'alimentation de la

⁴⁴ Décret n°93-345 du 15 mars 1993.

personne âgée ? » , 8 IDE répondent par la négative, 7 d'entre eux précisant qu'ils seraient intéressés par une formation relative à l'alimentation de la personne âgée.

Sur les trois réponses affirmatives, deux IDE mentionnent leur diplôme d'état infirmier.

En pratique, le repas est très souvent délégué aux AS et ASH. Cette délégation souvent officieuse se justifie « par manque de temps et insuffisance de personnels »⁴⁵.

Pourtant, au Centre de Gériatrie Les Abondances, 10 IDE répondent de manière affirmative à la question 8 « Aidez-vous les résidents à prendre leur repas ? » .

Deux précisent que cette aide est apportée aux personnes dépendantes. L'IDE ayant répondu de façon négative précise qu'il les stimule.

Enfin, on peut légitimement s'étonner de ce pourcentage (90%), très élevé, d'IDE aidant les résidents dans leur prise alimentaire.

D'une part, ce pourcentage est loin des réalités nationales, notamment relevées dans le rapport Guy-Grand. D'autre part, l'observation in situ que j'ai pu mener n'aboutit pas à ce résultat. En effet, je n'ai jamais observé d'IDE aidant un résident à prendre son repas puisque aux heures de petit-déjeuner, déjeuner et dîner correspond la distribution des médicaments.

Ce constat, s'il ne peut être généralisé à l'ensemble des IDE des Abondances, pour des raisons évidentes de non-observation quotidienne et ce dans tous les services, paraît toutefois plus proche de la réalité que les résultats du questionnaire ne le laissent sous-entendre. Ces derniers laissent penser que les IDE ont conscience que le repas fait partie d'un de leur rôle propre.

⁴⁵ GUY-GRAND B., op.cit, p.26.

2.1.1.2 Les AS

Selon l'arrêté du 22 juillet 1994, régissant la fonction d'aide-soignant, « l'aide-soignant contribue à la prise en charge d'une personne [...] et participe, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, en collaboration et sous sa responsabilité, à des soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne » .

Les critiques formulées à l'encontre de la formation initiale des IDE sont transposables à celle des AS : un manque d'intérêt certain pour l'alimentation. Néanmoins, le rôle de l'AS dans la prise alimentaire est très important puisque, comme nous l'avons déjà évoqué, c'est en pratique l'AS qui remplit le rôle délégué par l'infirmier.

Étrangement, d'après les résultats du questionnaire, les AS semblent être mieux formés à la pratique de l'alimentation de la personne âgée. En effet, à la question « Avez-vous reçu une formation formelle ou informelle concernant l'alimentation de la personne âgée ? » , 5 AS sur 11 répondent oui (contre 3 pour les IDE), dont trois mentionnent leur diplôme professionnel d'aide-soignant.

Toutefois, les AS n'ayant pas eu de formation relative à l'alimentation de la personne âgée sont moins intéressés que leurs collègues IDE. Effectivement, sur les 6 AS n'étant pas formés, un seul serait intéressé par ce genre de formation. Rappelons que pour les IDE ce rapport était de 7 sur 8.

Enfin, les résultats à la question « Aidez-vous les résidents à prendre leur repas ? » et ceux de l'observation in situ coïncident : l'ensemble des AS aide les personnes âgées à la prise de leurs repas.

2.1.1.3 L'ASH

Participant activement au repas, il faut d'abord s'étonner du peu de réponses de cette catégorie, seulement deux.

Ce faible taux de réponses trouve peut-être son explication dans le manque de reconnaissance de leur rôle, trop souvent restreint à la seule hygiène des locaux. D'un recrutement sans condition de titres, il s'agit de personnel sans formation particulière.

L'article 11 du décret du 14 mai 1991 stipule que les ASH « sont chargés de l'entretien et de l'hygiène des locaux de soins et participent aux tâches permettant d'assurer le confort des malades. Ils ne participent pas aux soins aux malades et aux personnes hospitalisées ou hébergées ». Le dictionnaire des soins infirmiers⁴⁶ précise que l'ASH ne participe pas aux soins directs des malades, le soin direct se définissant comme tout acte de soins infirmiers accompli auprès du patient. Le repas, relevant du rôle propre de l'IDE, ne peut donc être, au moins en théorie, délégué aux ASH.

Mais la réalité est loin de la pratique aussi bien au plan national⁴⁷ qu'au Centre de Gérontologie Les Abondances. En effet, les deux ASH ayant répondu au questionnaire affirment aider les résidents dans la prise de leur repas. En outre, ces propos sont confirmés par l'observation in situ.

2.1.2 La formation continue

La loi⁴⁸ du 4 juillet 1990 relative notamment au crédit-formation impose aux établissements⁴⁹ de consacrer un minimum de 2,1% des rémunérations des

⁴⁶ MAGNON R. et al. *Le dictionnaire des soins infirmiers*. Ed. AMIEC, Lyon, 2000.

⁴⁷ GUY-GRAND B., op.cit, p.26.

⁴⁸ Loi n°90-579 du 4 juillet 1990 relative au crédit-formation, et à la qualité et au contrôle de la formation professionnelle continue.

⁴⁹ Mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière et constituant le titre IV du statut général des fonctionnaires.

agents relevant de la fonction publique hospitalière au financement des actions relevant de leur plan de formation.

La formation continue peut se définir « comme toute action concernant des agents qui, avant de s'engager dans un processus de formation, occupent un emploi dans leur établissement »⁵⁰. Dans la fonction publique hospitalière, la formation continue date de 1986. En effet, au sein de chaque établissement, la formation continue prend corps dans le plan de formation qui recueille les propositions de formation des agents.

Encadré par des restrictions budgétaires, le plan de formation ne peut pas rendre effectives toutes les demandes de formation. Aux Abondances, en 2001, le coût global des formations demandées par les agents s'élevait à 1 599 527 francs pour une enveloppe budgétaire disponible de 387 000 francs. Évidemment, toutes les demandes ne seront pas retenues.

Aux Abondances, le plan de formation se divise en sept thèmes :

- « Assurer l'adaptation des Abondances à son nouvel environnement »
- « Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes »
- « Optimiser l'organisation des équipes pour le mieux être des résidents et du personnel »
- « Poursuivre la politique de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail »
- « Faciliter l'adaptation des personnels à l'évolution de leur exercice professionnel »
- « Formations promotionnelles »
- « Colloques ».

Si "la formation continue participe à l'éveil - ou au réveil - de la motivation chez l'individu"⁵¹, on peut légitimement s'inquiéter de cet éveil aux Abondances.

⁵⁰ Circulaire DHOS/P1/20014/146 du 19 mars 2001 relative à la formation professionnelle continue des agents des établissements visés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière.

⁵¹ SIMON M. La formation continue à l'hôpital : où en sommes-nous? *Objectif soins*, Décembre 1999, n°81, p.24.

En effet, au vu de ses plans de formation pour les années 2001 et 2002, il ressort que seulement onze personnels soignants ont souhaité avoir une formation relative à l'alimentation.

Les cinq sujets retenus étaient souvent pertinents.

- « Le comportement alimentaire autour du repas », (2002)
- « L'instant repas dans un établissement pour personne âgée », (2002)
- « Diplôme universitaire de nutrition thérapeutique et vieillissement », (2002)
- « Amélioration de la prestation repas de la personne âgée », (2001)
- « Élaboration des repas de régime". (2001)

Les demandes se répartissaient entre deux IDE, quatre AS et cinq ASH.

À ce titre, il est intéressant de souligner que ce sont les ASH qui sont les plus demandeurs. En réalité, ces résultats ne font que confirmer les propos de Claire Grosshans⁵² à qui il « [...] est souvent apparu que ce sont les personnels à la formation la moins élaborée (ASH, aides à domicile) qui semblent les plus sensibles à la recherche du sens dans leur prise en charge ».

De plus, ce timide éveil n'a que très partiellement été encouragé par la commission de formation de l'établissement. En l'espèce, tous les sujets de formation relatifs à l'alimentation ont été refusés sauf un en 2002 : « L'instant repas dans un établissement pour personnes âgées », demandé par un ASH et deux AS. Seul un agent a pu en bénéficier, il s'agit d'un AS.

L'opportunité du choix de cet agent plutôt que l'ASH peut être remis en question. En effet, renforcer en priorité un point relativement fort par rapport à un autre (en l'espèce, les compétences d'un AS par rapport à celles d'un ASH) n'est pas judicieux⁵³.

Pour des raisons similaires, l'opportunité d'une formation pour deux personnels de la cuisine sur "Nutrition et cuisine plaisir des seniors" en 2001 est

⁵² GROSSHANS C. Le personnel et sa formation à l'approche globale de la personne âgée. *Gérontologie et Société*, Mars 1997, n°80, p.189.

⁵³ Mission d'appui à la réforme de la tarification de l'hébergement des personnes âgées. Le guide d'accompagnement « Améliorer la qualité en E.H.P.A.D ». Juin 2000, p.9.

discutable. D'une part, les compétences des agents de la cuisine, si elles ne sont pas parfaites, sont d'une qualité plus qu'acceptables. D'autre part, en 2001 aucune formation relative à l'alimentation n'a été accordée au personnel soignant.

En définitive, les formations, initiale et continue, des infirmiers diplômés d'état, aides-soignants et agents de services hospitaliers ne les sensibilisent pas à l'alimentation de la personne âgée.

Notre hypothèse n°2 « Parce que les personnels des services de soins ne sont pas ou peu formés. » est donc vérifiée.

À présent, il convient de s'intéresser aux représentations que le repas peut susciter aux personnels des services de soins.

2.1.3 Représentations du repas pour le personnel soignant

Les représentations décrites ci-après s'appuient sur les résultats du questionnaire, mais aussi sur la confrontation de ces derniers à ceux de l'observation in situ.

Les représentations sont de trois ordres : temporel, médical et relationnel.

2.1.3.1 Représentation temporelle

Lors de mes diverses observations in situ, j'ai pu constater que la durée des repas, c'est-à-dire de l'instant où les résidents commencent à manger à celui où ils terminent, était comprise entre 10 à 15 minutes.

Pourtant les résultats du questionnaire font ressortir une toute autre durée. En effet, à la question « En combien de temps, en moyenne, les résidents prennent-ils leurs repas? », seulement deux personnes (aides-soignants) ont, par leur réponse, quinze minutes, confirmé l'observation in situ.

Les autres réponses sont de :

- 20 minutes pour 2 IDE,
- de 30 minutes pour 2 ASH, 3 AS, 3 IDE,
- de 45 minutes pour 3 AS et 3 IDE,
- d'une heure pour 3 AS et 3 IDE.

La moyenne de l'ensemble des réponses porte à 39 minutes la durée du repas, c'est-à-dire à plus de deux fois et demi de la durée observée.

La diversité de ces réponses peut s'expliquer par la possible interprétation des personnels. La majorité des personnels a, semble-t-il, interprété et élargi la question au temps requis pour le repas en général, c'est-à-dire du moment où le chariot chaud est monté dans les services à celui où on le descend à la cuisine. Alors, les durées extrêmes (45 minutes et une heure) trouvent leur sens.

Toutefois, la question « En combien de temps, en moyenne, les résidents prennent-ils leur repas ? » ne semble pas propice à interprétation.

2.1.3.2 Représentation médicale

Si le soin signifie « [...] entrer en relation avec un patient qui vit à travers sa maladie une expérience signifiante pour lui et qui à cette occasion a quelque chose d'essentiel à échanger, à partager avec les soignants », ⁵⁴ cette définition ne trouve que peu d'écho dans les réponses du personnel soignant des Abondances.

Sans conteste, pour la profession la plus « médicalisée », les IDE, le moment du repas est un soin avec 100% de réponses positives à la question « Selon vous le moment du repas est-il un soin? » .

Leurs explications, mêmes si certaines débutent par le côté relationnel, sont essentiellement d'ordre médical :

⁵⁴ DECHANOZ G. *Les besoins en soins infirmiers des personnes soignées*. Paris : Le Centurion, 1986, 399p.

- « C'est un soin car il apporte les besoins en nutrition (repas normal, régime...). Il doit faire l'objet d'une surveillance (qualité, appréciation, quantité observée, appétence, spasme). »
- « Il favorise le temps de partage, d'échanges en salle à manger où plusieurs résidents mangent et seuls aussi dans leur chambre car on peut surveiller et évaluer leur prise alimentaire et réajuster si besoin. Il permet aussi de mieux, dans certains cas de figure de prendre, d'accepter les médicaments. »
- « C'est un moment privilégié pour entrer en contact avec le résident. Cela lui permet d'avoir un apport nutritionnel, lorsque l'on respecte ses habitudes de vie, lui permettant de lutter contre les infections et les risques relatifs à l'hypoglycémie et à la déshydratation. C'est donc un soin préventif. »
- « Oui car beaucoup de résidents à faire manger. »
- « Contrôler les insulines, les fausses routes, hydratation, vérifier les quantités mangées. »

Pour les IDE, le repas est certes un soin, pas au sens de Dechanoz, mais un soin technique ne laissant pas la place à l'instauration d'une relation.

Quant aux AS, deux ont répondu que le moment du repas n'était pas un soin sans donner d'explication. Les explications des neuf autres AS ayant répondu par l'affirmative sont plus diverses que celles des IDE. Bien sûr le caractère médical du repas n'est pas totalement exempt de leurs explications :

- « Ça nous permet de vérifier les régimes et si les patients ont un bon appétit. »
- « Permet de vérifier la quantité et la qualité des repas, entre autre respect des régimes. »

Toutefois, un aspect préventif émerge de leurs réponses :

- « Le soin de nourrir le corps pour éviter certaines maladies. »
- « Une bonne alimentation donne une bonne santé. »

Enfin, un AS explicite sa réponse par : « contact privilégié, installation. »

Pour les deux ASH, le moment du repas est un soin car à ce moment "[...] nous apportons beaucoup d'aide aux résidents". Pour ces deux personnels, le mot soin n'est plus synonyme d'acte médical, mais d'aide.

En définitive, les personnels dont les formations sont les plus « techniques » considèrent naturellement le repas comme un acte de soin technique.

Notre hypothèse n°3 « Parce que pour les personnels des services de soins, le repas est surtout un acte médical » est vérifiée.

2.1.3.3 Représentation relationnelle

Si pour la majorité (90%) des personnels soignants, le repas est un soin dont les aspects médicaux sont largement révélés, ils considèrent dans les mêmes proportions que ce moment est apprécié par les résidents⁵⁵. En effet, ils estiment que pour les résidents le même moment du repas ne revêt pas du tout les caractéristiques qu'ils ont pu lui attribuer.

Les ASH estiment qu' « il ne leur reste plus que ce plaisir de manger. »

⁵⁵ Question 7 : "Selon vous les résidents apprécient-ils ce moment?".

Deux AS précisent que les résidents apprécient le repas sur le critère organoleptique : « Ça dépend du repas servi s'il est de qualité », « Ils disent quand le repas a été agréable. »

Pour les autres AS, le repas est apprécié pour sa convivialité :

- « C'est un moment de détente et de convivialité. »
- « C'est un moment très important pour les patients, un moment de convivialité très apprécié. »
- « Plus de temps à leur accorder. »

Enfin, pour les IDE, le repas est apprécié des résidents essentiellement pour ses aspects relationnels :

- « Ils ont le temps de discuter avec les autres résidents. »
- « C'est le moment relationnel pour ceux qui prennent le repas dans le restaurant (rencontres de résidents d'autres services). »
- « Moment de temps de pause, de détente, d'expression psychique (échanges, discussions, repères dans le temps). »
- « Oui pour ceux qui se rassemblent en salle à manger du rez-de-chaussée ou de l'étage. »
- « La seule activité de la journée. »

D'après ces réponses, il ressort que l'hypothèse n°4 « Parce que les personnels des services de soins pensent que le repas n'est pas un moment convivial pour les résidents. » n'est pas vérifiée, ce qui est plutôt un soulagement.

Effectivement, l'ensemble des personnels, ayant répondu au questionnaire, a conscience que le repas n'est pas seulement un soin d'ordre médical, mais aussi « un moment de convivialité ».

Toutefois, avoir conscience de quelque chose ne suffit pas toujours. On dit souvent que seuls les actes comptent, alors, nous allons, à présent, nous intéresser aux pratiques des personnels de soins.

2.2 LES PRATIQUES QUI EN DECOULENT

Parce que les formations, initiale et continue, sont lacunaires et les représentations liées au repas défaillantes, les agents des services de soins ont des pratiques qui d'une part, ne respectent pas la réglementation, et d'autre part sont proches de la maltraitance.

2.2.1 Des pratiques ne respectant pas la réglementation

Il s'agit de réglementations relatives aux ressources humaines et à l'hygiène en restauration collective.

2.2.1.1 La participation de l'agent des services hospitaliers

Comme il l'a déjà été indiqué, l'article 11 du décret du 14 mai 1991 n'autorise pas les ASH à participer "aux soins des malades et aux personnes hospitalisées ou hébergées".

Pourtant, la participation aux repas, notamment l'aide apportée à leur prise, est confirmée par l'observation in situ et les résultats du questionnaire.

S'il ressort que l'article 11 de ce décret n'est pas respecté aux Abondances, en particulier, et dans les établissements publics de santé⁵⁶ et maisons de retraite, en général, il me semble que cet état de fait, car il s'agit bien de cela, est préférable à une réduction du temps de repas, déjà bien « maigre », rendue incontournable par un manque d'effectifs.

2.2.1.2 Arrêté du 29 septembre 1997

Il s'agit en effet du non-respect de l'arrêté 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

L'article 5 de cet arrêté prescrit l'utilisation de la méthode H.A.C.C.P.⁵⁷ c'est-à-dire l'analyse des dangers et maîtrise des points critiques.

Cette méthode est spécifique à l'industrie agroalimentaire. Le but de la méthode H.A.C.C.P vise à garantir la sécurité des consommateurs.

La question 11 « Connaissez-vous la méthode H.A.C.C.P ? Si oui, qu'en pensez-vous ? » relative à l'arrêté du 29 septembre 1997 utilise volontairement le terme d'H.A.C.C.P. Effectivement, j'ai fait ce choix en fonction du vocabulaire des cuisiniers et de la diététicienne (ils parlent de méthode H.A.C.C.P), et aussi parce que j'ai pensé, arbitrairement, que ce terme d'H.A.C.C.P même si quelque peu barbare, était toujours plus parlant que la date d'un arrêté.

D'après les résultats à la question 11, il ressort que 21 personnels sur 24 ne connaissent pas la méthode H.A.C.C.P, soit plus de 85%. Or, les trois personnes à avoir répondu affirmativement sont des IDE, personnels ne participant pas à la distribution des repas.

⁵⁶ GUY-GRAND B., op.cit, pp.26-27.

⁵⁷ Hazard Analysis Critical Control Point

Soulignons qu'un des trois IDE précise à propos de la méthode H.A.C.C.P qu'elle a été « mise en place l'an dernier dans notre établissement, mais je suis incapable de bien l'expliquer » .

Concrètement, différents points de l'arrêté du 29 septembre 1997 ne sont pas respectés.

Cependant, il faut préciser que la méthode H.A.C.C.P est correctement appliquée par les agents de la cuisine.

Effectivement, ils réalisent les prélèvements d'échantillons pour analyse bactériologique et relèvent les températures des denrées depuis le décartonnage à la mise en chariot de distribution.

Mais une fois sortis de la cuisine, les contenus des chariots ne sont plus contrôlés, à croire que la méthode H.A.C.C.P n'a plus lieu d'être au-delà des portes du service producteur. À ce titre, les propos d'un des trois IDE connaissant la méthode H.A.C.C.P retranscrivent parfaitement cette réalité : « Elle est efficace (la méthode HACCP) si son déroulement, enchaînement est bien respecté. Or, dans l'établissement, la température des plats n'est pas prise à l'arrivée du chariot dans le service et au moment de servir. Il manque ce maillon de la chaîne HACCP » .

En premier lieu, c'est l'article 19 de l'arrêté qui n'est pas respecté. Cet article dispose du maintien, jusqu'à leur consommation, des préparations culinaires à une température supérieure ou égale à +63°C. Le maintien à +63°C ne pose pas de problèmes particuliers grâce à l'utilisation de chariots chauffant.

Mais, certains soignants, estimant que les chariots chauds sont peu maniables, distribuent les repas à l'aide d'un autre chariot, plus petit, mais non chauffant.

D'une part, cette pratique favorise la prolifération bactériologique ne garantissant plus la sécurité des consommateurs. D'autre part, les résidents servis en dernier ne bénéficient pas d'un plat réunissant toutes les qualités organoleptiques, en l'espèce, il s'agit plus particulièrement de la chaleur.

Enfin, des règles d'hygiène simples ne sont pas respectées. Par exemple, les soignants distribuent le repas et aident à leur prise avec les mêmes tenues vestimentaires utilisées pour les toilettes et autres soins.

En outre, la marche en avant qui permet de limiter le risque de contamination croisée entre un produit propre et un produit sale n'est pas respectée. Selon le principe de cette marche en avant, à aucun moment des aliments préparés, cuisinés ne doivent pouvoir entrer en contact avec des matières premières souillées, des déchets ou des emballages.

En définitive, si la méthode H.A.C.C.P est connue de 15% des agents ayant répondu au questionnaire, elle est très certainement appliquée dans les services de soins dans les mêmes proportions. Cela re-confirme notre hypothèse n°2 « Parce que les personnels des services de soins ne sont pas ou peu formés » .

2.2.2 Pratiques de maltraitance

Selon le Docteur Cnockaert, le soignant est « agressif ou violent envers la personne âgée ».⁵⁸ Cette agressivité trouverait sa source dans des causes organisationnelles et psychologiques.

Dans les causes organisationnelles, on retrouve notamment le sous-effectif de personnel, mais aussi l'absence de formation et de sélection des soignants.

Les causes psychologiques sont notamment l'inversion des rôles parent-enfant (avec notamment l'idée du soignant qui fait manger la personne âgée) et la confrontation quotidienne à la vieillesse et à ses pertes ce qui renvoie à son propre vieillissement.

L'inversion des rôles parent-enfant est particulièrement vraie dans le domaine alimentaire. À ce titre, il faut bien sûr rappeler que le soignant (re)devient le substitut maternel alimentaire d'un personne qui pourrait être son propre parent. De plus, l'inversion de ces rôles sera encore plus marquée lorsque le soignant procèdera à l'alimentation à l'aide d'une cuiller et non d'une fourchette, ustensile signifiant la prise d'indépendance de l'enfant.

⁵⁸ CNOCKAERT D. Le soignant est agressif ou violent. *Décideurs des maisons du troisième âge*. 1997, n°9. p.21.

Grâce à l'observation in situ, nous savons que le repas (début et fin de la prise alimentaire par la personne âgée) a une durée moyenne de quinze minutes.

Quinze minutes pour ingérer une entrée, un plat, un fromage et un dessert paraissent bien courtes. Mais cela est rendu possible par l'obligation « déguisée » de manger rapidement.

Cette obligation est en effet déguisée par le défilé des différents plats. Concrètement, une fois l'entrée servie, les soignants servent déjà le plat de résistance. En conséquence, les résidents ne terminent pas leur entrée.

En outre, le plat de résistance souffre de quelques remarques. Il est servi en quantité excessive et sans aucun sens de présentation. Les quantités trop importantes découragent les personnes âgées, leur appétit n'est alors pas stimulé et la mauvaise présentation ne participe aucunement au plaisir des yeux, stade important de la prise alimentaire.

De toute façon, une fois ce plat servi, le fromage et le dessert seront simultanément distribués.

Comme nous le savons déjà, les personnes âgées, préférant souvent le sucré, ne mangent pas le fromage, pourtant source de calcium, et consomment directement leur « récompense ».

Il est vrai que pour certains résidents, le défilé des plats est inexistant. C'est surtout le cas lorsque les soignants confectionnent un plat unique : fromage, biscottes, yaourt mélangés à la soupe. Ici le plaisir des yeux n'aura aucune chance de mettre en appétit la personne âgée.

Enfin, d'autres pratiques déguisent moins bien la volonté des soignants de presser les résidents. Il s'agit notamment de se substituer, au cours du repas, au résident pour sa prise alimentaire. En effet, des résidents débutent seuls leur prise alimentaire mais, parce qu'ils sont trop lents, les soignants vont les faire aller plus vite en procédant à l'alimentation à la cuiller.

Si l'alimentation à la cuiller n'est pas toujours dictée par des raisons de temps, il peut en effet s'agir de réelles pertes de capacité. Pour autant, il ressort de

l'observation in situ qu'à chaque fois qu'un soignant la pratique, il le fait en restant debout alors que le résident est assis, et continue sa conversation avec ses collègues.

La personne âgée est ainsi alimentée par une personne qui ne lui parle pas, qui ne la regarde pas et qu'elle ne peut d'ailleurs pas regarder.

Le Docteur Cnockaert relève dans les mauvais traitements physiques une alimentation inadéquate. Elle étaye cet adjectif par des pratiques réalisées aux Abondances :

- forcer à manger rapidement
- donner à manger debout alors que le sujet âgé est assis
- donner à manger avec une cuiller alors que l'utilisation d'une fourchette est encore possible.

En définitive, si les pratiques des personnels des services de soins ne relèvent pas toutes de la maltraitance au sens strict du terme, elles ne sauraient être qualifiées de bientraitance.

3 -PROPOSITIONS

Notre hypothèse n°1 « Le moment du repas ne bénéficie pas d'une prestation de qualité parce qu'il n'est pas reconnu à sa vraie valeur dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes », il revient au directeur de mettre en place des actions pour redonner au repas sa vraie valeur.

Les propositions qui vont suivre sont restées à l'état de propositions. La première est relative à la mise en place d'une structure concernant l'alimentation. La deuxième vise le développement d'une politique alimentaire.

3.1 LE CHOIX D'UNE STRUCTURE

3.1.1 Commission des menus

Il n'existe pas de commission des menus concernant les repas servis au sein du Centre de gérontologie « Les Abondances ».

En revanche, cette structure existe pour les repas servis aux clubs seniors et pour les portages à domicile. En effet, cette commission se réunit tous les deux mois, dans les murs des Abondances, et valide les menus des huit prochaines semaines.

Elle est composée :

- du directeur des services économiques
- de la diététicienne
- d'un cuisinier

- d'un représentant du service aux personnes âgées de la mairie de Boulogne
- d'un représentant des usagers des clubs seniors

J'ai longuement hésité à en proposer la création au sein des Abondances, mais j'ai finalement renoncé. Ceci pour différentes raisons.

En premier lieu, la création d'une commission des menus pour le Centre de Gériatrie « Les Abondances » m'a paru redondante eu égard l'existence de celle des clubs seniors et portages à domicile.

En second lieu, les points à étudier en commission des menus sont dorénavant et déjà respectés. Il s'agit⁵⁹ :

- du suivi du plan alimentaire de huit semaines avec un cycle d'été et un cycle d'hiver
- de la variété
- de l'équilibre nutritionnel
- de la présence d'aliments ou de plats saisonniers
- de l'adéquation avec le planning d'approvisionnement et de production
- et du coût.

En troisième lieu, la commission des menus est « une instance d'expression »⁶⁰ des avis des résidents. Or, aux Abondances, les personnes âgées les plus valides prennent leur repas au restaurant où elles ont la possibilité d'adresser remarques et critiques à un cuisinier, présent lors des services.

En revanche, il est vrai que les avis des résidents ne trouvent pas d'interlocuteur semblable dans les salles à manger des services. Toutefois, la recherche de cette expression paraît difficile à trouver car, rappelons le, il s'agit de personnes âgées très dépendantes et dont la capacité d'expression est très diminuée.

En quatrième et dernier lieu, la création d'une commission des menus, au sein des Abondances, ne saurait être une réponse aux problèmes soulignés précédemment.

⁵⁹ Cours de M.Girard, Ingénieur en restauration au Centre hospitalier Le Mans, 22 mai 2001, École Nationale de la Santé Publique. Rennes.

⁶⁰ PAJOT-PHILOUZE A-C. op.cit, p.68.

De plus, le Comité de Liaison Alimentation-Nutrition ⁶¹ pourra se substituer à une telle commission. Car, c'est bien la création d'un CLAN que j'ai jugée apte à modifier la situation dans les services de soins.

3.1.2 Mise en place d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition

Cette proposition peut paraître somme toute assez banale puisqu'elle ne fait qu'appliquer les recommandations du rapport Guy-Grand⁶² et de la circulaire ministérielle⁶³ relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

À ce titre, cette proposition anticipe une réglementation dont le caractère sera peut-être un jour obligatoire. Mais surtout, il s'agit d'une structure transversale qui a compétence, comme son l'indique, sur l'ensemble de l'alimentation-nutrition.

Effectivement, le CLAN n'a d'intérêt que s'il est une réelle structure transversale. Aussi, le CLAN doit être un groupe interprofessionnel, c'est-à-dire qu'il doit être constitué de membres intervenant tout au long de la chaîne alimentaire.

L'objectif du Comité de Liaison Alimentation-Nutrition est bien la réunion des professionnels impliqués à quelque degré que ce soit dans l'alimentation des résidents afin d'abord de les sensibiliser et ensuite d'optimiser la prise en charge nutritionnelle et la qualité de la restauration.

La mise en place d'un CLAN aux Abondances n'a pas encore été réalisée. En effet, de nombreux départs de personnels très impliqués dans la chaîne alimentaire auraient fragilisé son installation. Par personnels très impliqués, j'entends les directeurs des ressources humaines et des services économiques et le responsable de la cuisine.

⁶¹ Infra

⁶² GUY-GRAND B., op.cit, p.50.

⁶³ Supra

Toutefois, j'ai déjà mené une réflexion sur sa composition. Tout d'abord, il me paraît capital, comme toute participation à un groupe, que celle du CLAN soit fondée sur le volontariat. Pour cela, un appel à candidatures sera réalisé par l'intermédiaire d'une note de la direction, à diffusion générale, relative au CLAN et à ses objectifs.

Afin d'être un véritable groupe interdisciplinaire, le CLAN devra se composer :

- du chef d'établissement
- de la directrice des ressources humaines
- d'un médecin
- du pharmacien
- de l'infirmière générale
- du responsable de la restauration
- de la diététicienne
- d'un infirmier
- d'un aide-soignant
- et d'un agent des services hospitaliers.

La participation de l'ASH n'est pas prévue dans le rapport Guy-Grand⁶⁴ ni dans la circulaire relative à l'alimentation et la nutrition dans les établissements de santé. Or, la composition du CLAN se veut le reflet de la multiplicité des acteurs qui sont partie prenante à l'alimentation et à la nutrition. Alors, participant activement au repas, l'agent des services hospitaliers ne saurait être exclu, à mon sens, de ce comité.

Une fois la composition et les modes de fonctionnement arrêtés, il sera demandé au conseil d'administration une délibération relative à la création d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition.

À partir de cette délibération, le CLAN pourra débiter ses travaux. Sa première mission sera de réaliser « un bilan de l'existant en matière de structures, moyens en matériels et en personnels »⁶⁵ mais surtout d'évaluer les pratiques

⁶⁴ GUY-GRAND B., op.cit, p.52.

⁶⁵ Circulaire DHOS/E1 n°2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé.

professionnelles dans le domaine de l'alimentation notamment au sein des services de soins.

À partir de ce bilan, le CLAN devra définir ses actions prioritaires. D'après les résultats de mon observation, il est raisonnable de penser que le CLAN fera de la distribution des repas dans les services de soins sa grande priorité. Alors, le CLAN sera en mesure de fixer les objectifs spécifiques. En l'espèce, il s'agira de sensibiliser puis de former les IDE, les AS et les ASH.

3.1.3 Des actions à court terme

Cependant, des formations d'une si grande ampleur ne se décrètent pas en une journée. Toutefois, la sensibilisation, préalable incontournable à toute formation, peut être plus rapide et moins coûteuse. Pour cela, je propose deux actions en interne.

Dans un premier temps, les ASH et AS des services de soins serviraient, à tour de rôle afin de ne pas nuire à l'organisation de leur service, au restaurant. En ce lieu, ces agents seraient à même d'être sensibilisés à la qualité du travail des agents du restaurant. Car la qualité de leurs prestations est très proche de celle des serveurs d'un « vrai » restaurant.

Consciente qu'il ne s'agit pas exactement du même travail, au restaurant, les personnes âgées sont autonomes, je pense néanmoins qu'une telle expérience serait enrichissante et pourrait aboutir à une meilleure présentation des plats dans les services de soins.

Dans un second temps, toujours afin de sensibiliser les personnels soignants, j'inviterai l'emploi jeune responsable de la méthode H.A.C.C.P en cuisine à se rendre dans les services de soins. Alors, elle pratiquerait des prélèvements d'échantillons pour analyse bactériologique et relèverait les températures des plats lors du service aux résidents. Cet exercice pourrait se réaliser sans perturber substantiellement le travail de l'emploi jeune. En pratique, il pourrait s'effectuer au sein d'un service le midi, compte tenu de ses horaires ; le choix du service restant aléatoire.

Ces deux dernières propositions, d'une organisation simple et peu coûteuse, ne sauraient toutefois suffire à long terme.

3.2 DES PROPOSITIONS POUR LE LONG TERME

3.2.1 Accompagnement humain et communication

3.2.1.1 Accompagner humainement

Comme nous venons de le voir, les objectifs spécifiques fixés par le CLAN seront dans un premier temps la sensibilisation des agents des services de soins et dans un second temps leur formation. Si la première est réalisable en interne, la seconde, si on la veut efficace, ne l'est pas. Par conséquent, le deuxième objectif spécifique du CLAN devra se réaliser en externe à l'aide d'un plan de formation axé sur l'alimentation de la personne âgée.

Un tel plan de formation n'a pu être mis en place en 2002 aux Abondances, et il ne le sera pas non plus en 2003. En effet, les plans de formation pour ces deux années privilégient la formation au système d'information.

Parce que l'informatisation de l'ensemble de l'établissement génère des coûts très importants, parce que la mise en place d'un nouveau système passe préalablement par une formation adaptée, notamment afin d'apaiser les inquiétudes des agents, les plans de formation 2002 et 2003 des Abondances ont, naturellement, vocation à accompagner l'ensemble des professionnels dans ce changement.

Pour autant, ce contre temps nécessaire permet une réelle réflexion.

Le CLAN disposera ainsi d'une année (si la délibération autorisant son installation est à l'ordre du jour du Conseil d'administration d'octobre 2002) pour évaluer les besoins des personnels en formation relative à l'alimentation de la personne âgée.

Le plan de formation spécial alimentation de la personne âgée doit s'établir en étroite collaboration avec la direction des ressources humaines dont c'est l'une des missions directes.

Le plan de formation 2004, s'il doit en priorité privilégier les formations des agents des services de soins, ne saurait malgré tout se réduire à cela. D'une part, les pratiques professionnelles des autres agents peuvent évoluer de façon négative. De plus, des réglementations peuvent apporter de nouvelles obligations en terme d'hygiène et d'alimentation auxquelles le CLAN se devra d'être attentif et réactif.

D'autre part, un plan pluriprofessionnel a l'avantage de faciliter la confrontation de points de vue et évite d'afficher aux yeux de tous les faiblesses des pratiques professionnelles de certains agents, en l'espèce celles des IDE, AS et ASH.

À terme, l'évaluation du plan de formation s'opérera par une nouvelle observation des pratiques professionnelles. Si ces dernières ont évolué positivement, le plan de formation sera concluant.

3.2.1.2 Prévoir une communication

Thème transversal, l'alimentation devra faire l'objet d'une communication soignée. Il apparaît que le CLAN est le plus apte à cette communication. Outre son rapport annuel d'activité, le CLAN se devra d'informer l'ensemble du personnel des Abondances sur l'avancée de ses travaux.

Cette communication débutera par la diffusion générale de la liste des membres du CLAN. Effectivement, après un appel à candidatures, il est important que le personnel ait connaissance des résultats. Ensuite, les comptes-rendus des réunions du CLAN devront être diffusés dans les différents services de l'établissement.

3.2.2 La mise en place d'une politique alimentaire

3.2.2.1 La politique alimentaire

Pour qu'un changement des pratiques professionnelles soit mis en œuvre, il m'apparaît nécessaire qu'il fasse partie d'une politique alimentaire globale de qualité.

Parce que le directeur d'un établissement propose, définit et met en œuvre la politique générale de l'établissement votée par le conseil d'administration, c'est à lui de décider, d'impulser et d'évaluer le développement d'une politique alimentaire globale de qualité.

Le projet médical des Abondances, véritable colonne vertébrale du projet d'établissement, a été validé par le conseil d'administration en sa séance du 27 juin 2002. Malheureusement, ce projet médical n'inclut que succinctement l'alimentation. Toutefois, les autres projets (projet de soins, projet de vie, projet social) pourront être l'occasion d'intégrer l'alimentation. En effet, le Centre de Gérontologie Les Abondances devra inscrire l'alimentation de la personne âgée comme une des priorités de son projet d'établissement. Ce projet d'établissement permettra une réflexion commune et participera à l'appropriation des nouvelles orientations par l'ensemble des personnels.

3.2.2.2 L'ouverture sur l'extérieur

On dit souvent que le restaurant est la vitrine d'un établissement.

Afin de promouvoir celle du Centre de Gérontologie Les Abondances, je propose d'ouvrir le restaurant de l'institution aux personnes âgées de la ville de Boulogne-Billancourt.

En l'espèce, cela relève d'une organisation relativement simple. En effet, comme nous le savons déjà, le Centre de Gériatrie Les Abondances produit les repas des clubs seniors. Ces clubs étant fermés le week-end, les personnes âgées de Boulogne prennent leurs repas à domicile grâce au portage, également effectué par les Abondances. À ce titre, les services de la mairie pourraient proposer aux personnes âgées boulonnaises, par groupe de cinq, de venir déjeuner le dimanche aux Abondances puisque les portages à domicile ne sont pas mis en place ce jour.

Sans surcoût et sans organisation particulière au sein du restaurant, cette action permettrait d'une part de lutter contre l'isolement dominical des personnes âgées et d'autre part d'assurer aux Abondances une ouverture sur l'extérieur et ainsi de promouvoir son image de marque.

CONCLUSION

Nous savons à présent que l'alimentation, facteur déterminant de santé, fait l'objet d'un Programme National Nutrition-Santé. Concernant l'alimentation en milieu hospitalier, c'est le rapport Guy-Grand qui avait « tiré la sonnette d'alarme » sur les conditions de nutrition et restauration.

Car l'alimentation a aussi cette fonction d'accueil et de confort importante à tous dans la vie de tous les jours, mais au combien indispensable dans les institutions hébergeant des personnes âgées dont c'est -trop souvent- le dernier plaisir.

Dans ces institutions, les qualités bactériologique, organoleptique et nutritionnelle sont bien sûr de première importance.

Toutefois, un directeur d'établissement ne doit pas s'en satisfaire. En effet, la qualité hôtelière du repas fait partie intégrante de la qualité de la restauration.

Pourtant, les personnels des services de soins, peu formés à cette prestation et à ses enjeux, pratiquent des actes parfois –trop- proches de la maltraitance.

La création d'un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition aux Abondances sera la première pierre de l'édifice d'une politique alimentaire globale de qualité, en s'appuyant sur des personnels sensibilisés et formés aux multiples spécificités de l'alimentation de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

Articles de périodiques

ABRAMOVICI C. Alimentation Nutrition. Le goût de la vie. *Gérontologie et Société*, Décembre 1997, n°83, pp.83-87.

AUTRET D. Le goût des autres. *L'Infirmière magazine*, Février 2002, n°168, pp.28-32.

BOURDIL A. L'alimentation en milieu hospitalier. *Les Cahiers Hospitaliers*, Octobre 1997, n°168, pp.17-19.

BOITTIN I., BOULET C., CREPEL P. et al. La formation initiale des infirmiers à travers les textes. *Objectif Soins*, Mai 2001, n°96, pp.15-16.

CAMPAS F. Bien manger pour mieux vieillir. *Décideurs des maisons du 3^{ème} âge*, Avril 1997, n°9, pp.11-13.

CAMPAS F. Nutrition et personnes âgées, au delà des apports recommandés. *Décideurs des maisons du 3^{ème} âge*, Janvier 1997, n°7, pp.26-30.

DERYCKE B., BALLANGER E., LIVOLSI L. et al. Qu'est-ce qu'un CLAN ? Son intérêt en hôpital gériatrique. *La Revue de Gériatrie*, Avril 2001, n°4, pp.283-288.

DUROUX M. Manger, c'est vivre. *L'aide-soignante*, Mars 1997, n°3, pp.3-7.

FAUCHER N., TEILLET L. Y a-t-il des interdits dans l'alimentation du sujet âgé ? *Le Concours Médical*, 4 Octobre 1997, n°30, pp.2216-2218.

FROMAGE B., GOURMAUD T. L'identité du sujet âgé dans la pratique du repas en institution. *Pratiques Psychologiques*, 2000, n°3, pp.71-77.

GEISSBUHLER E. Vous reprendrez bien une petite cuillère n'est-ce pas ? *Krankenpflege*, Juin 2000, n°6, pp.60-65.

GEISSBUHLER E., GEISSBUHLER F., RAPIN C.H. Poids des problèmes pratiques, conceptuels et éthiques liés à l'alimentation à la cuiller des patients âgés en perte de capacités. *Recherche en soins infirmiers*, Mars 2001, n°64, pp.5-15.

GROSSHANS C. Le personnel et sa formation à l'approche globale de la personne âgée. *Gérontologie et Société*, Mars 1997, n°80, pp.185-192.

HÉRIAUD A. La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité. *Revue Hospitalière de France*, Novembre-Décembre 1999, n°6, pp.57-58.

LESOURD B. Introduction de la qualité dans la nutrition de la personne âgée. *Gestions Hospitalières*, Janvier 1997, n°362, pp.51-52.

MALATY VACCARI J. Corps et alimentation. *Soins. Cadres*, Novembre 2001, n°40, pp.46-48.

MÉMIN C. L'alimentation et la personne âgée. *Soins Formation - Pédagogie – Encadrement*, Avril 1992, n°1, pp.29-33.

MORIZOT F., DANIEL-LAMAZIERE D. Démarche qualité en restauration et nutrition. *Objectif Soins*, Avril 2000, n°85, pp.2-4.

SCHLIENGER J.L., PRADIGNAC A. Alimentation de la personne âgée. Un facteur de santé déterminant. *La Revue du Praticien*, 2 Mai 1994, t.8, n°256, pp.27-35.

SIMON M. La formation continue à l'hôpital : où en sommes-nous ? *Objectif Soins*, Décembre 1999, n°81, pp.23-24.

TEDESCO J. Alimentation et projet : le cas d'un service de long séjour. *Gérontologie et Société*, Décembre 1997, n°83, pp.63-66.

MALAUQUIN É. Manger : un acte de vie, un acte de soin. *Soins Formation – Pédagogie – Encadrement*, Avril 1992, n°1, pp.34-38.

Ouvrages :

CHAPUY P.H. et al. *Alimentation de la personne âgée : aspects diététiques, médicaux, psychologiques et sociaux*. Paris : SIMEP, 1992. 124p. Diététique.

FERRY M. et al. *Nutrition de la personne âgée : Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux*. Paris : Berger-Levrault, 1996. 227p.

RAPIN C.H. et al. *Des années à savourer : nutrition et qualité de vie de la personne âgée*. Lausanne : Payot Lausanne, 1993. 379p.

VINIT F. *L'alimentation des personnes âgées en maison de retraite*. Paris : Éditions Sociales Françaises, 1962. 107p.

La Lettre de l'Institut Danone. *Nutrition et alimentation de la personne âgée*. Juin 1999, 2^{ème} édition. 62p.

Mémoires :

CHARPENTIER A., GUEDJ M., LABBE D., et al. *L'alimentation des personnes âgées : aspects sanitaires et sociaux*. Mémoire ENSP de séminaire interprofessionnel, Rennes, 1997, 25p.

PAJOT-PHILOUZE A.C. *Le temps du repas en maison de retraite : enjeu institutionnel. Le directeur, garant d'un repas de qualité*. Mémoire ENSP de directeur d'établissement sanitaire et social public, Rennes, 2001. 75p.

Rapport :

GUY-GRAND B. *Alimentation en milieu hospitalier. Rapport de mission à Monsieur le ministre chargé de la Santé.* Ministère du Travail et des Affaires Sociales, Paris, 1997, 73p.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1

Questionnaire relatif à l'alimentation

1- A quel corps appartenez-vous?⁶⁶

- Agent des Services Hospitaliers
- Aide-soignante
- Infirmière

2- Le placement des résidents à table obéit-il à une organisation particulière?⁶⁷

Oui

Non

Si oui, laquelle?

3- Est-ce que les goûts et dégoûts des résidents, en matière alimentaire, sont pris en compte?²

Oui

Non

Si oui, comment?

⁶⁶ Cocher la case correspondante

⁶⁷ Entourer la bonne réponse

4- En combien de temps, en moyenne, les résidents prennent-ils leurs repas?

- petit déjeuner :
- déjeuner :
- dîner :

5- Selon vous, les horaires des repas conviennent-ils :

- au rythme de vie des résidents? oui non
- à l'organisation de votre travail? oui non

Si non, pourquoi?

6- Selon vous, le moment du repas est-il un soin?

Oui

Non

Pourquoi?

7- Selon vous, les résidents apprécient-ils ce moment?

Oui

Non

Pourquoi?

8- Aidez-vous les résidents à prendre leurs repas?

Oui

Non

9- Avez-vous des échanges avec le personnel de la cuisine concernant les repas, notamment :

• les quantités : Oui Non

• les plats non appréciés : Oui Non

Si non, pensez-vous que cela pourrait être utile et pourquoi?

10- Avez-vous reçu une formation formelle ou informelle concernant l'alimentation de la personne âgée?

Oui

Non

Si oui, précisez la formation :

Si non, cela vous intéresserait-il?

11- Connaissez-vous la méthode HACCP?

Oui

Non

Si oui, qu'en pensez-vous?

12- Avez-vous reçu une formation sur l'hygiène alimentaire, notamment sur :

- les températures des plats : Oui Non**
- les conditions de conservation : Oui Non**