



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

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

Date du Jury : Décembre 2001

LE TEMPS DU REPAS EN MAISON DE RETRAITE :

ENJEU INSTITUTIONNEL

LE DIRECTEUR, GARANT D'UN REPAS DE QUALITE

Aude-Cécile PAJOT-PHILOUZE

SOMMAIRE

<u>I- LE REPAS : PRIORITE INSTITUTIONNELLE</u>	P.5
<u>A- Le caractère ambivalent du repas en institution</u>	p.5
<u>1- Le repas : moyen de contrôle et de conditionnement des individus par l'institution</u>	
<i><u>1-1- L'histoire du repas institutionnalisé</u></i>	p. 6
<i><u>1-2- Le repas en institution pour personnes âgées</u></i>	p. 8
<u>2- Le repas : moyen d'affirmation de son identité par le résident.</u>	p.13
<i><u>2-1- Le repas : domaine d'expression accessible aux résidents</u></i>	p.13
<i><u>2-2- « Paroles de vieux »</u></i>	p.15
<u>B- Le repas : véritable enjeu institutionnel</u>	p.19
<u>1- Les problèmes rencontrés par les personnes âgées lors des repas</u>	p.20
<i><u>1-1- Les problèmes dus au vieillissement physiologique normal des personnes âgées</u></i>	p.20
<i><u>1-2- Les problèmes dus à un vieillissement pathologique des personnes âgées</u></i>	p.21
<u>2- La lutte contre la malnutrition : enjeu institutionnel</u>	p.23
<i><u>2-1- Des conséquences préjudiciables à l'établissement et aux résidents</u></i>	p.23
<i><u>2-2- La malnutrition : responsabilité institutionnelle ?</u></i>	p.24
<u>II-LA PRATIQUE DU REPAS EN MAISON DE RETRAITE</u>	p.27
<u>A- La pratique du repas questionnée</u>	p.27
<u>1- Une méthodologie spécifique</u>	p.27
<i><u>1-1- Les questionnaires</u></i>	p.28
<i><u>1-2- Des entretiens auprès des cuisiniers de Derval</u></i>	p.31
<u>2- Une analyse duale</u>	p.32
<i><u>2-1- L'analyse statistique</u></i>	p.32
<i><u>2-2- L'analyse sociologique</u></i>	p.40

<u>B- LA PRATIQUE DU REPAS OBSERVEE</u>	p.44
<u>1- Observation in situ</u>	p.44
<i><u>1-1- L'organisation du temps de repas au restaurant</u></i>	p.44
<i><u>1-2- Le repas dans la salle à manger</u></i>	p.47
<u>2- Les problèmes soulevés : le directeur, à l'articulation des exigences de qualité du repas et d'organisation du travail</u>	p.50
<i><u>2-1- La délicate articulation entre organisation du travail et qualité du repas</u></i>	p.50
<i><u>2-2- Les retombées : une qualité de repas amoindrie</u></i>	p.53
<u>III- PROPOSITIONS</u>	p.55
<u>A- Evaluation de la pratique du repas à la Maison de Retraite de Derval</u>	p.56
<u>1- Les référentiels utilisés à Derval et leurs limites</u>	p.56
<i><u>1-1- L'outil ANGELIQUE</u></i>	p.56
<i><u>1-2- Les référentiels des départements voisins</u></i>	p.58
<u>2- Le choix d'un modèle de référentiel adapté à l'établissement</u>	p.59
<i><u>2-1- Vers une nouvelle conception de la prise en charge des résidents</u></i>	p.60
<i><u>2-2- Vers l'élaboration d'un référentiel de pratiques locales</u></i>	p.63
<u>B- Redonner du sens au repas</u>	p.65
<u>1- L'ouverture nécessaire de l'établissement vers les résidents</u>	p.65
<i><u>1-1- Les résidents : pierre angulaire du projet</u></i>	p.65
<i><u>1-2- La création d'une commission des menus</u></i>	p.67
<u>2- Le repas : clé de voûte du futur projet de vie</u>	p.69
<i><u>2-1- La mise en place d'un comité de pilotage « repas »</u></i>	p.69
<i><u>2-2- Le repas comme outil de promotion de l'image de l'établissement</u></i>	p.71
CONCLUSION	p.74
BIBLIOGRAPHIE	p.76
TABLE DES MATIERES	p. 78
ANNEXES	

Le terme « repas », de l'ancien français *past*, qui signifie nourriture, désigne « un ensemble d'aliments divers, mets et boissons, pris en une fois à heures réglées, plus ou moins conformes aux usages imposés par la société ». Cette définition du Petit Robert a ceci d'intéressant qu'elle fait référence aux usages sociaux. En effet, la régularité du rythme des repas et la soumission à une discipline temporelle constituent un trait de la culture européenne. Par ailleurs, en Chine, la régularité et le contenu des prises alimentaires sont primordiaux, et les repas se font sous la forme du partage, signe d'appartenance à une même communauté. Le peuple chinois en a fait une règle et y renoncer représente une menace pour la cohésion du groupe.

Le repas, pris à heures fixes et régulières, et en commun, est ce qui distingue l'Homme de l'animal. Celui-ci se nourrit de n'importe quel aliment, et à toute heure, par instinct de survie. Le repas est alors seulement un moyen de satisfaire un besoin physiologique et naturel. A l'inverse, il constitue un moment de socialisation pour l'Homme, et revêt toute une symbolique. C'est pour cette raison que je préfère la définition donnée par J.C. SAGNE¹ pour qui « le repas, c'est l'acte de manger ensemble la même nourriture apportée à tous, et destinée à être prise par tous ensemble. Le repas est encore l'ensemble des gestes et des paroles assurant la circulation des plats à table. Il est enfin, plus que tout, le lieu des actes et des paroles par lesquelles les convives expriment et effectuent une alliance ».

Le repas est donc ambivalent, c'est-à-dire à multiples facettes. Il est un moment durant lequel les individus satisfont un besoin naturel de survie, mais il contribue surtout au maintien du lien social, puisqu'il implique le plus souvent un partage de nourriture prise en commun. C'est une des raisons pour lesquelles le repas revêt une importance particulière en maison de retraite. De plus, comme l'écrivait Brillat-Savarin² « le plaisir de la table ne comporte ni ravissements, ni extases, ni transports, mais il gagne en durée ce qu'il perd en intensité, et se distingue surtout par le privilège particulier dont il jouit, de nous disposer à tous les autres, ou du moins de nous consoler de leur perte ». En somme, le plaisir de la table est bien souvent le dernier plaisir qu'il reste aux personnes âgées, notamment en institution, car elles ont dû faire le deuil de leur vie sociale passée et de leur domicile. Le repas représente alors un lien qui les rattache à des expériences vécues et à des souvenirs. Ainsi, le temps du repas devient un réel enjeu en maison de retraite. Le moment de la prise alimentaire n'est pas un moment anodin, non seulement pour l'institution, mais également pour les résidents et le personnel qui les prend en charge. Il déborde le champ des apports

¹ SAGNE, J.C., La symbolique du repas dans les communautés de vie. 1982, Thèse de doctorat de psychologie sociale, Université Lumière, Lyon.

² BRILLAT-SAVARIN, *Physiologie du goût*, Champs Flammarion, 1982 ; page 171.

recommandés et représente davantage qu'un axe privilégié du projet institutionnel. Il doit s'analyser en terme de gain ou de perte pour la structure, et ainsi en véritable enjeu, et non comme une fin en soi.

Je traiterai du temps du repas, c'est-à-dire du moment -même de la prise alimentaire, et sous l'angle de la convivialité (ensemble des rapports favorables des personnes d'un groupe social, entre elles et face à ce groupe) et de la socialisation. C'est pourquoi les normes d'hygiène imposées en restauration collective et le contenu de la prise alimentaire ne seront abordés que succinctement. Il s'agit surtout d'analyser le repas comme un repère dans l'espace et dans le temps, et l'organisation qui est déployée à ce moment précis de la journée.

Il me semblait primordial, en tant que directeur d'établissement, de m'intéresser au repas en maison de retraite, parce qu'il est un domaine à multiples facettes, donc complexe. Son analyse permet d'aller au-delà des préjugés qui l'entourent. L'alimentation des personnes âgées en institution a fait l'objet de nombreuses études, mais peu ont réellement circonscrit le temps du repas. Il s'impose de ne pas se satisfaire de l'apparente simplicité du domaine du repas en maison de retraite, et de voir quelles sont les contradictions que ce moment particulier fait apparaître, et ce qu'il implique véritablement. En outre, le repas est un terrain d'observation fascinant en gérontologie, puisqu'il est l'occasion d'apprendre à la fois sur la psychologie des personnes âgées et sur leur corps, ce qui est très enrichissant pour un membre du personnel administratif. Il est également prétexte à une analyse plus vaste de la symbolique du repas, ce qui permet de voir la prise alimentaire autrement que comme l'ingestion quotidienne de nourriture à heures régulières, et de dépasser la définition pure et simple.

Ensuite, il est intéressant car au croisement de multiples exigences : de management, puisqu'il touche à l'organisation du temps de travail, à la répartition des tâches, aux conditions de travail, à la formation du personnel, à l'évaluation. Médicales : rôle et place du soignant pendant le repas, suivi de la prise alimentaire, régimes. Institutionnelles : convivialité, respect des habitudes et de la vie passée des résidents, libre choix et liberté d'expression. Le repas est aussi au carrefour des fonctions hôtelière, de soins, et d'animation, et il est ainsi l'occasion d'aborder de manière transversale toute la vie de l'institution, et d'impliquer les personnels de tous les services, qui autrement ne se rencontreraient pas.

Enfin, le temps du repas devient un enjeu encore plus important avec la mise en place des 35 heures, prévue en janvier 2002 dans le secteur médico-social. Celle-ci oblige à revoir toute l'organisation des services pour savoir où il est encore possible de gagner du temps (les crédits octroyés pour recruter du personnel ne correspondront vraisemblablement pas aux besoins), et il ne faudrait pas que le repas en subisse les conséquences. Il doit demeurer un moment préservé, notamment dans l'optique du conventionnement tripartite (convention entre le Conseil Général, l'Assurance Maladie, et l'établissement accueillant des

personnes âgées dépendantes) qui est conditionné par l'engagement d'une démarche d'amélioration continue de la qualité. Justement, les familles et futurs résidents sont souvent déterminés dans leur choix par la qualité du repas, sur laquelle ils peuvent plus facilement porter un jugement a priori que sur les soins.

Il convient donc de s'interroger : Dans quelle mesure le temps du repas représente-t-il un enjeu en maison de retraite ? En outre, de quelle manière le directeur peut-il être le garant d'un repas de qualité dans son établissement ?

Nous verrons dans une première partie que le repas doit être considéré comme un priorité institutionnelle. Ensuite, dans une seconde partie, nous aborderons la pratique du repas en maison de retraite. Nous terminerons en troisième partie par l'énoncé de propositions visant à améliorer le temps du repas.

I- LE REPAS : PRIORITE INSTITUTIONNELLE

Le repas en institution doit être considéré comme une priorité pour deux raisons : la première tient à son caractère ambivalent (A), et la seconde au fait qu'il représente un véritable enjeu en institution gériatrique (B).

A- Le caractère ambivalent du repas en institution

Le repas, quelque soit l'institution dans laquelle il se déroule, a ceci d'ambivalent qu'il peut être perçu à la fois comme un moyen de contrôle et de conditionnement des individus par la structure (1), et comme un moyen d'expression de leur identité (2).

1- Le repas : moyen de contrôle et de conditionnement des individus par l'institution

Erving GOFFMAN³ qualifie de totalitaires « les institutions qui répondent au dessein de créer les meilleures conditions pour la réalisation d'une tâche donnée et qui justifient leur existence par ces seules considérations utilitaires : casernes, navires, internats, [...] [et] les établissements qui ont pour but d'assurer une retraite hors du monde [...] : abbayes, monastères, couvents, et autres communautés religieuses ». C'est dans ce cadre que je

³ GOFFMAN, Erving, Asiles, Les Editions de Minuit, Paris, 1968, page 46.

développerai l'histoire du repas, sachant que les institutions seront définies comme « des lieux où une activité particulière se poursuit régulièrement ». ⁴

D'une part, j'étudierai le repas en tant que moment particulier de toute vie institutionnelle, et d'autre part le repas en institution accueillant des personnes âgées.

1-1- L'histoire du repas institutionnalisé

Dans notre société, les usages relatifs au repas représentent des règles implicites par lesquelles chaque culture nationale se distingue des autres. Elles sont implicites parce que chacun s'y conforme scrupuleusement sans en avoir réellement conscience.

Force est de constater que le repas sert de séparateur et de transition entre des activités ou des contextes sociaux. Ainsi le repas ne constitue-t-il pas seulement la satisfaction d'un besoin physiologique, mais un repère spatio-temporel d'abord, qui peut être porteur de règles ensuite.

1-1-1- Repas et division du temps de réflexion

C. GRIGNON⁵ indique que certains usages relatifs aux repas prennent leur source dans les institutions monastiques. En effet, la vie spirituelle prime sur le besoin physique, que l'on peut supprimer. En conséquence, le repas doit être pris à heures fixes et régulières, mais cela n'implique pas pour autant l'existence de lieux ou de temps exclusivement réservés à la nourriture.

Le repas est le repère de la division du temps de réflexion. Puisqu'il représente une activité « profane et vile »⁶, il est strictement encadré. Preuve en est l'institution du réfectoire et la prise du repas en commun à heures fixes. De plus, les lectures et la prière empiètent sur le temps du repas (« la lecture ne doit jamais manquer à la table des frères pendant leur repas »).⁷

Ceci s'explique par la volonté de faire triompher la vie spirituelle sur les besoins physiologiques. Le repas et la prise de nourriture deviennent alors, selon C. GRIGNON⁸, « la cible et l'instrument des entreprises de moralisation et de spiritualisation, l'occasion privilégiée de régler le corps et d'en faire du même coup un régulateur, de faire intérioriser,

⁴GOFFMAN, Erving, Asiles, Les Editions de Minuit, Paris, 1968, page 45.

⁵ GRIGNON Claude, « et al », sous la direction de Maurice AYMARD, Claude GRIGNON, Françoise SABBAN, Le temps de manger, La Maison des sciences de l'Homme, Paris, 1994, page 276.

⁶ Idem, page 277.

⁷ Règle de Saint-Benoît, vers 547, in Règles de moines, Le Seuil, Paris, 1982.

⁸ Ibidem, page 277.

au sens physique du terme, la règle extérieure et abstraite en la transformant en pratique régulière ».

Le repas acquiert son caractère ambivalent, puisqu'il sert d'alibi à toute autre chose que la prise alimentaire.

1-1-2- Repas et discipline

Les internats des collèges religieux ont fait du repas un prétexte à la discipline et à l'instauration de l'emploi du temps. La régularité de la prise de nourriture était un moyen de réguler le corps et ses appétits. Cette pratique était inspirée des principes monastiques précédemment développés, selon lesquels les repas sont des activités méprisables. Il faut donc les anoblir et les dégager de toute matérialité. « Les repas deviennent une occasion exemplaire de montrer que la règle triomphe même sur le terrain le plus exposé à la tentation et au désordre » .⁹

Le repas joue également le rôle de pause dans la journée et de rappel des temps du calendrier religieux. Comme dans les monastères, la prise de nourriture au réfectoire est l'occasion d'exposés et de leçons calqués sur la durée du repas. Celui-ci représente aussi un repère spatio-temporel, dont l'ordre du jour est adapté aux saisons, au calendrier scolaire, et au calendrier religieux.

Les internats des collèges et lycées d'aujourd'hui semblent être les dignes héritiers des internats religieux de l'époque, notamment par la notion d'emploi du temps, qui n'est pas devenu totalement séculier, même si la pratique religieuse ne détermine plus le temps réservé aux activités profanes.

1-1-3- Repas et distinction sociale

L'histoire de la construction du modèle du repas français contemporain révèle qu'il existait une hiérarchisation dans l'alimentation. Citons l'exemple des casernes, dans lesquelles jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les hommes de troupes étaient soumis à un régime alimentaire différent de celui des gradés. En outre, les soldats servaient le repas aux officiers et sous-officiers en tant que domestiques. Le repas dans les casernes est encadré par des règlements qui établissent une ségrégation en fonction du grade des militaires : « les soldats doivent prendre leurs repas ensemble sous la présidence du caporal [...]. Les capitaines, le médecin major de 2^{ème} classe, et le vétérinaire en 1^{er} forment une ou plusieurs tables ; les

⁹GRIGNON Claude « et al », sous la direction de Maurice AYMARD, Claude GRIGNON, Françoise SABBAN, Le temps de manger, La Maison des sciences de l'Homme, Paris, 1994, page 277 .

lieutenants, les sous-lieutenants, les autres médecins et vétérinaires en forment plusieurs autres ». ¹⁰

La distinction sociale se reflète encore dans le contenu du repas, composé de soupes pour les soldats, le terme soupe signifiant « repas de l'homme de troupe, parce que la soupe, chez les français, est le principal aliment de l'ordinaire des casernes ». ¹¹

Il convient de rapprocher cet exemple de celui des détenus, qui, comme les soldats en caserne, se voient proposer un plat unique servi sur un plateau où les aliments sont confondus, sans qu'il soit possible de distinguer le solide du liquide. Ainsi, le ministre de l'intérieur a, le 17 février 1844, rédigé une circulaire destinée aux préfets, dans laquelle il leur demandait de former dans chaque maison de force et de correction une commission chargée d'examiner le régime alimentaire des détenus. ¹² Notons que le réfectoire joue un rôle décisif dans la prise de nourriture dans toutes les institutions étudiées ci-dessus. En effet, il apparaît comme un élément déterminant du dispositif de surveillance inhérent à chaque institution. Il importe de souligner que l'internat a sans doute servi de modèle aux casernes, prisons et hôpitaux, le réfectoire étant réservé dans ces derniers aux religieuses et au personnel soignant. ¹³

En somme, l'histoire du repas en institution révèle son caractère ambivalent, dans la mesure où il est à la fois une tentation -car il permet la satisfaction d'un besoin physiologique et offre du plaisir- et un moyen de conditionnement et de contrôle institutionnel.

Il faut maintenant étudier la prise alimentaire dans les établissements accueillant des personnes âgées et voir si elle comporte des similitudes avec les institutions évoquées plus haut.

1-2- Le repas en institution pour personnes âgées

Le repas, qu'il soit pris dans un service de long séjour ou en maison de retraite a de multiples facettes. Il peut être perçu comme le pouvoir de la structure qui régule le corps et la

¹⁰ Instruction du 12 février 1969 relative à l'alimentation des cadres militaires et des personnels civils par les ordinaires.

¹¹ GRIGNON Claude, « et al », sous la direction de Maurice AYMARD, Claude GRIGNON, Françoise SABBAN, Le temps de manger, La Maison des sciences de l'Homme, Paris, 1994, page 299.

¹² GRIGNON Claude, « et al », sous la direction de Maurice AYMARD, Claude GRIGNON, Françoise SABBAN, Le temps de manger, La Maison des sciences de l'Homme, Paris, 1994, page 301.

¹³ Idem, page 301.

vie quotidienne des résidents (le repas étant un soin), comme constituant un repère imposé, et enfin comme un vecteur de communication.

1-2-1- Repas et soin

En institution gériatrique, le moment du repas ne constitue pas seulement un moment de plaisir. Il est également anxiogène pour les résidents car il véhicule un ensemble de symboles et il les confronte à leurs incapacités.

En premier lieu, il est généralement lié à la prise de médicaments et au moment où les résidents ont l'occasion de rencontrer l'infirmière et de s'entretenir avec elle de points précis. Ensuite, on constate que le médicament est presque devenu l'apéritif sans lequel les personnes âgées n'entament pas leur repas. Le plan de table souvent figé en atteste, la raison majoritairement invoquée étant qu'un changement de place compliquerait la distribution des médicaments.

Le repas remplit aussi une fonction médicale de prévention de la malnutrition et des risques d'incidents de déglutition. Il peut aussi être ressenti comme le moyen de domestiquer le corps de la personne âgée. Ainsi l'ajout d'épaississants dans la boisson évitera-t-il les troubles de la déglutition et une « fausse route ».

La composition même du menu peut varier dans le but d'empêcher certaines conséquences indésirables liées à l'absorption de certaines catégories d'aliments. Soulignons que ces soins ou artifices utilisés sont fondamentaux pour la santé des résidents, mais qu'ils tronquent, en quelque sorte, l'essence du repas, si on le définit en reprenant J.C. SAGNE, comme « l'acte de manger ensemble la même nourriture destinée à tous et à être prise par tous ensemble ».

En second lieu, le moment du repas en établissement pour personnes âgées est révélateur d'une distinction sociale. En effet, il reflète une hiérarchisation des rôles et des personnes, comme en témoigne le fait que dans bon nombre de maisons de retraite, le personnel garde sa tenue de travail pendant le service du repas. Robert Castel, dans la préface de l'ouvrage d'Erving GOFFMAN¹⁴, souligne que la dynamique sociale de l'institution repose sur un antagonisme entre le personnel, qui « détient une position sociale définie par son travail à l'hôpital, tandis que l'absence de statut autonome caractérise la situation du malade [...] ».¹⁵

¹⁴ GOFFMAN Erving, Asiles, Les éditions de Minuit, Paris, 1968, page 14.

¹⁵ Idem, page 14.

Cet avis est partagé par Alexandre MANOUKIAN¹⁶, qui constate que l'attitude professionnelle la plus fréquemment observée lors de la prise alimentaire est celle de la distinction sociale, c'est-à-dire d'une division des rôles entre soignants et soignés. Elle implique également une distinction des lieux (salle à manger du personnel et salle à manger des résidents), et l'existence d'une hiérarchisation dans les rapports : nourricier /nourri, station debout /assise. Cette situation peut s'interpréter comme un mécanisme de protection et de défense de son identité par le personnel.

Selon Françoise HORTALA, infirmière psychologue¹⁷, par le repas s'exerce une fonction parentale du soignant, cette fonction s'effectuant « à travers une coercition plus ou moins visible et reconnue (pression des horaires[...], sentiments de responsabilités plus ou moins réalistes dans le cas de refus de nutrition) ». ¹⁸

En troisième lieu, le repas en institution apparaît comme entouré d'interdits. Ainsi les régimes prescrits par les médecins sont-ils nombreux et l'on peut parfois douter de leur efficacité. A l'exception de cas déterminés pour lesquels le respect d'un régime est une question vitale, peut-on imposer à un adulte âgé de plus de 80 ans, et dont l'institution est le dernier domicile de modifier totalement ses habitudes alimentaires ? Le souci du personnel soignant est d'offrir une alimentation saine et équilibrée aux résidents, mais il oublie parfois ses habitudes. Le Docteur Perraut, médecin gériatre au long séjour du centre hospitalier de Landernau (Finistère), a affirmé lors d'un entretien réalisé en mars 2001, que le seul régime préconisé à un certain âge était le régime hyper protidique, qui vise « à enrichir la nourriture proposée » et non à restreindre les apports. Cet avis est partagé par le Dr RIETSCH, qui a indiqué lors de son intervention à Strasbourg en janvier 2001 que seuls les diabétiques non équilibrés et les très grands insuffisants cardiaques devraient être concernés par un régime. Il convient d'y accorder une grande attention dans la mesure où les personnes âgées respectent scrupuleusement les prescriptions médicales d'une part, et d'autre part, car elles sont enclines à s'imposer des interdits supplémentaires.

En outre, la nourriture devrait être un plaisir et un domaine exempt d'interdits, la vie institutionnelle se révélant déjà empreinte de frustrations : tabac, alcool, relations sexuelles. Le problème réside dans le fait que le modèle hospitalier et sanitaire prédomine encore dans le secteur médico-social, notamment dans les maisons de retraite très médicalisées.

¹⁶ MANOUKIAN Alexandre, « un soin : le repas partagé », tiré de *Gérontologie et Société*, N°57, Juillet 1991, page 77.

¹⁷ HORTALA Françoise, « Professions de santé et dépression », tiré de *Gérontologie*, N° 64, octobre 1987, page 38.

¹⁸ Idem, page 38.

Le repas en maison de retraite représente un repère pour les résidents. Il détermine l'espace et le temps, constitue une étape imposée de la vie institutionnelle qui rythme leur journée. Le déjeuner la partage, tandis que le dîner la clôt. On peut qualifier le repas de passage obligé dans la mesure où les personnes accueillies ne décident ni du lieu où il se déroule, ni de l'heure à laquelle il est servi. Il semble que l'institution contrôle l'espace et le temps des résidents, ce qui peut leur faire violence. En effet, le temps institutionnel diffère du temps individuel et cette différence heurte souvent les résidents, d'autant plus que dans la majorité des cas, les personnes âgées qui entrent en institution n'y consentent pas réellement. La situation est alors vécue comme un enfermement. Topalov¹⁹ parle de « milieu carcéral vécu comme une menace permanente où tout est dirigé, commandé, pensé, et où il n'est pas ou peu sollicité de participation ».

On peut constater que l'autonomie de chaque individu est parfois niée au profit de la collectivité dont il est membre. Erving GOFFMAN²⁰ fait remarquer que les institutions totalitaires « suspendent ou dénaturent ces actes mêmes dont la fonction dans la vie normale est de permettre à l'agent d'affirmer, à ses propres yeux et à la face des autres, qu'il détient une certaine maîtrise sur son milieu, qu'il est une personne adulte douée d'indépendance, d'autonomie et de liberté d'action ».

Or, l'institution confond souvent perte d'autonomie et dépendance. La première se définit comme « l'incapacité de choisir les règles de sa conduite, d'orienter ses actes, de prendre des risques nécessaires, et surtout de décider ».²¹

La seconde est une « réalité vécue par tout individu, qu'il soit handicapé ou non, jeune ou âgé ».²² Généralement, le personnel fait un amalgame entre dépendance physique et psychique des résidents, et perte d'autonomie, alors qu'une personne dépendante physiquement peut être autonome ; si l'autonomie désigne ce qui « consiste à disposer de soi-même selon des propres désirs[...], l'autonomie serait la manière librement consentie de gérer ses dépendances »²³.

En somme, le résident est, dans la majorité des cas, capable de prendre ses propres décisions et de faire des choix. En conséquence, il devrait pouvoir choisir le lieu où il désire prendre son repas, l'horaire auquel il souhaite manger, et ses voisins de table.

¹⁹ TOPALOV, in Soins Formation, N°1, avril 1992.

²⁰ GOFFMAN Erving, Asiles, Les Editions de Minuit, Paris, 1968, page 87.

²¹ RACINE, Gilbert, La démarche qualité dans les EHPAD, Berger-Levrault, avril 2000, page 34.

²² Idem, page 34.

²³ MANOUKIAN, Alexandre, « La démarche diagnostique infirmière et la grille AGGIR auprès des personnes âgées, Soins Gériatrie, N°16, janvier- février 1999.

Notons que l'organisation de l'espace est très formalisée. Le placement à table se fait fréquemment en fonction de l'entrée des résidents dans l'institution, les nouveaux arrivants remplaçant un convive décédé. Le moment du repas devient alors le seul où soient rassemblées des individualités pour des raisons de dépendance et d'âge (les résidents les plus dépendants mangent souvent dans une pièce à part) pour des motifs de fonctionnalité. On remarque que l'institution a tendance à uniformiser les individus. Le repas en est le reflet car l'espace relationnel contraint limite les échanges et appauvrit le temps du repas au profit d'une organisation efficace. Selon Erving GOFFMAN ²⁴, le fait d'« imposer à l'individu un rythme de vie qu'il estime lui être totalement étranger et un rôle qui lui fait abandonner tout ce qui pouvait le distinguer des autres » s'assimile à une mortification. Les horaires et les lieux de repas figurent d'ailleurs dans le règlement intérieur et le contrat de séjour, ce dernier étant signé par le résident à son admission. Ceci signifie que la personne âgée s'engage au préalable et par écrit, à respecter les règles de fonctionnement de l'institution et y adhère tacitement. Un individu qui refuserait de signer se verrait refuser l'admission, alors que le caractère contractuel de ce document est critiquable. En fait, l'unique solution pour un résident qui ne serait pas d'accord avec les horaires et les modalités d'organisation des repas serait de ne pas signer le contrat de séjour, ce qui ne se passe jamais, car le nouvel arrivant ou sa famille sont souvent dans une situation de demande urgente à l'égard de l'institution.

1-2-3- Repas et communication

Tout d'abord, une attention particulière doit être portée au vocabulaire employé en établissement accueillant des personnes âgées dépendantes lorsqu'il s'agit du repas. Les mots sont porteurs de sens, ne sont pas neutres. Ils véhiculent des messages et donnent lieu à interprétations. A titre d'exemple, le choix du terme qui désigne le lieu de prise du repas n'est pas anodin. Plusieurs mots désignent la même pièce : salle à manger, réfectoire, restaurant. Ils seront perçus différemment. En effet, le terme salle à manger est souvent utilisé dans les maisons de retraite afin de retrouver la connotation familiale de la pièce de la maison.

Le vocable « restaurant » est de plus en plus souvent employé et il possède des origines communes avec « réfectoire », qui signifie boisson réconfortante, reconstituante, fortifiante. Il implique une relation entre des clients ayant des besoins et des attentes, et une équipe de professionnels. Justement, il semble que les résidents n'aient pas la même perception selon qu'ils vont au restaurant ou à la salle à manger. Toutefois, on peut supposer que l'on se situe dans le cadre d'un marché de dupes, où l'institution se veut lieu de vie et décide sciemment

²⁴ GOFFMAN, Erving, Asiles, Editions de minuit, Paris, 1968, page 65.

du vocable qu'elle choisit dans une stratégie de « marketing », mais où les résidents savent reconnaître qu'ils ne sont pas au restaurant.

Ensuite, l'établissement, en élaborant et en affichant le menu, pose un acte de communication. Le menu fera l'objet d'échanges, sera lu. Le vocabulaire employé, la syntaxe et l'orthographe seront primordiaux, la nourriture faisant l'objet de beaucoup d'attentions et cristallisant de nombreux mécontentements.

Ainsi l'oubli d'un pluriel sera mal ressenti (par exemple, entrée : sardine à l'huile), ou les mots incompris ou inconnus créeront une frustration.

Le menu étant un acte de communication, il doit être fidèle aux mots connus des résidents et il ne doit pas se limiter à un effet d'annonce. Les plats effectivement servis se doivent d'être ceux initialement prévus, ou une modification éventuelle doit être indiquée, afin d'éviter les déceptions. Le menu et les plats proposés constituent également un repère dans la semaine pour les résidents (poisson du vendredi, gâteau du dimanche).

2- Le repas : moyen d'affirmation de son identité par le résident.

D'abord, le repas est un des domaines privilégiés d'expression de leur identité par les personnes âgées car il leur est accessible. J'examinerai ensuite de quelle manière cette expression se manifeste.

2-1- Le repas : domaine d'expression accessible aux résidents

J'expliquerai les raisons qui font que le repas est un champ de parole de prédilection pour les résidents, ainsi que les moyens et les motifs d'expression de leur identité.

2-1-1- Les raisons

Le domaine du repas, contrairement à d'autres champs de la vie institutionnelle tels que les soins ou l'organisation du travail, est accessible aux personnes âgées car elles peuvent faire référence à leur expérience et à leur culture. En cela, il est un domaine privilégié d'expression directe de la personne âgée. Le soin, à l'inverse, fait rarement l'objet de critiques ou de discussions, dans la mesure où le médecin et l'infirmière sont détenteurs d'une compétence et d'un savoir particulier, et sont souvent admirés, notamment en milieu rural.

En premier lieu, les aliments consommés ont valeur de symboles pour les personnes âgées. J.P. CORBEAU²⁵ explique cette représentation symbolique par la consubstantialité (« mythe selon lequel on devient ce que l'on mange »)²⁶, et par le lien social exprimé par l'aliment. En effet, de la consubstantialité du mangé et du mangeur découleront des anxiétés ou des espoirs en fonction de la perception que la personne âgée aura de l'aliment : malfaisant, ou à l'inverse bienfaisant.

Le partage de l'aliment à travers le repas révèle l'appartenance à une communauté et le lien social. Une nourriture comestible reflète « un ordre culturel, éthique et religieux »²⁷. En fait, les aliments utilisés renvoient souvent l'individu à un territoire précis, ce qui le rassure sur son identité (spécialités régionales, primeurs [légumes du jardin]). La préparation du produit, enfin, lui donnera une dimension affective et le socialisera.

Il convient de mettre en exergue les formes de partage des aliments, qui renforcent le sentiment d'appartenance. Les anthropologues, comme Richards en 1939, ou Lévi-Strauss en 1949, ont souligné que le partage alimentaire, qui s'effectue le plus souvent sous la forme de repas pris en commun, est le support permanent de la relation sociale dans toutes les sociétés.²⁸ Au Japon, « tout événement important de la vie humaine, tout rite de passage, changement de saison ou changement d'année, sont marqués par une consommation ritualisée de nourritures exceptionnelles ».²⁹ En somme, l'aliment est toujours porteur de souvenirs et d'informations hédoniques qui ont forgé les préférences alimentaires, et qui sont particulièrement accentués avec le vieillissement.

En second lieu, le repas est un domaine d'expression privilégié par les résidents, d'autant plus que les organes de représentation des personnes âgées dans les établissements ne jouent pas ce rôle. Les conseils d'établissements, instances de représentation des résidents et de leurs familles, se heurtent à des dysfonctionnements qui freinent l'expression des personnes âgées. En fait, ils ne sont pas réellement des lieux de parole. Certains directeurs hésitent à donner la parole aux résidents, ceux-ci formant alors un contre-pouvoir, ainsi qu'aux familles, dont les demandes sont parfois délicates à prendre en compte. Bernadette

²⁵ CORBEAU J.P., « Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé », Gériatrie, Tome 20, N°10, décembre 1995, page 24.

²⁶ Idem, page 24.

²⁷ CORBEAU J.P., « Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé », Gériatrie, Tome 20, N°10, décembre 1995, page 24.

²⁸ COBBI Jane, « les partages alimentaires ou la mémoire des temps forts : les dons de nourriture au Japon », in Le temps de manger, sous la direction de M.AYMARD, C.GRIGNON, F.SABBAN, La Maison des Sciences de l'Homme, Paris, décembre 1994, page 184.

²⁹ Idem, page 184.

PUIJALON ³⁰ constate que les dysfonctionnements des conseils d'établissements sont dus en partie à l'absence de formation de leurs membres, lacune qui les transforme en « coquille vide ».

Enfin, la prise de parole des résidents est problématique car les mots employés dans les instances ne leur sont pas familiers et qu'ils souffrent de presbycousie (les bruits de fond les empêchent d'entendre la parole des autres). Ensuite, les résidents ne sont pas toujours à l'aise pour s'exprimer en public, et s'abstiennent.

Le repas est donc un champ d'expression privilégié pour les personnes âgées car il ne requiert aucune compétence particulière : il fait appel à l'expérience et aux habitudes passées.

2-1-2- Les moyens et les motifs d'expression de l'identité

Les personnes âgées s'expriment de diverses manières vis à vis du repas. Celui-ci peut faire l'objet de revendications, de critiques, et de discussions. Les critiques sont nombreuses, et s'expliquent par le fait que le repas est un domaine connu de la personne âgée, et qu'elle le critique à défaut de pouvoir porter un jugement sur d'autres sujets de la vie institutionnelle.

Les places à table et la composition des menus alimentent souvent les conversations, et les revendications concernent plutôt les plats étrangers à un passé ou à une culture, les comportements des autres résidents, ou le souhait de manger autre chose. Les personnes âgées n'hésitent pas à apostropher les cuisiniers ou agents de services lorsqu'elles ne sont pas satisfaites du repas. Il faut souligner que la nourriture proposée n'est pas toujours en rapport avec l'ex-cadre de vie des résidents, ce qui engendre parfois des remarques désobligeantes sur l'institution.

Les plaintes formulées par les résidents sont souvent prises comme une remise en cause personnelle par l'agent qui les reçoit, ce qui aboutit à la négation et au rejet de cette plainte, alors que celle-ci est destinée à la structure, mais porte, par substitution, sur le repas.

L'expression de son identité par l'individu à travers le repas peut aller jusqu'au refus de s'alimenter. « Le refus est alors l'expression d'une identité qui persiste, et le repas un lieu de mémoire ».³¹ Il importe donc de se poser la question de la corrélation entre le refus de se nourrir et le rejet symbolique du pouvoir institutionnel.

³⁰ PUIJALON Bernadette, La parole des vieux, Dunot, Paris, 1999, 226 pages.

³¹ FROMAGE B., GOURMAUD T., « l'identité du sujet âgé dans la pratique du repas en institution », Pratiques psychologiques, 2000, 3, page 74.

2-2- « Paroles de vieux »³²

J'analyserai ici le repas en tant qu'objet de revendications et de manifestation de leur identité par les résidents. Je me baserai donc sur une enquête de satisfaction des résidents réalisée en décembre 2000 à la maison de retraite publique de DERVAL (Loire-Atlantique).

Après une présentation succincte de l'établissement et de la méthodologie utilisée pour la réalisation de l'enquête, j'aborderai l'analyse de celle-ci.

2-2-1- Présentation de l'établissement et méthodologie

L'établissement lieu de stage est une maison de retraite publique localisée en Loire-Atlantique, en milieu rural. Sa capacité d'accueil est de 80 lits, dont 48 en section de cure médicale. L'établissement est divisé en trois services, comprenant 26 ou 24 lits chacun. La population hébergée est très dépendante, puisque le GIR Moyen Pondéré est supérieur à 620. La majorité des résidents exerçait une profession agricole ou ouvrière et est originaire des villages environnants. La moyenne d'âge des résidents est de 82 ans, et la durée moyenne de séjour de 13 mois.

Les effectifs titulaires et contractuels s'élèvent à 43 agents pour l'année 2000, dont la moyenne d'âge est de 44 ans et l'ancienneté moyenne de 12,5 années.

Il faut noter que la maison de retraite a opté depuis le 1^{er} janvier 1999 pour un tarif différencié afin de prendre en compte la dépendance des résidents relevant des GIR 1 à 3 (cela signifie que la personne accueillie paie un tarif hôtelier, majoré du coût de sa dépendance), mais que ce changement n'a pas eu d'incidence sur le taux d'occupation.

L'enquête de satisfaction que j'ai réalisée s'intègre dans le cadre de la démarche qualité engagée depuis 1999, et a été élaborée en vue de signer les conventions tripartites (les signataires sont le Conseil Général, L'Assurance Maladie, et l'établissement). Cette enquête comportait plusieurs volets : le confort, l'assistance administrative et financière, le respect de la dignité et de l'intimité, les soins, et la restauration ; cette dernière sera l'objet de mes propos. Le questionnaire a été tiré en 80 exemplaires. 40 ont été adressés aux familles ou aux tuteurs des résidents qui n'étaient pas en mesure de répondre (cette estimation a été faite avec l'animatrice et le directeur). Les 40 questionnaires restants ont été remplis au cours d'entretiens réalisés sur une durée d'un mois. En effet, certains résidents ne savent pas lire, et d'autres ne peuvent plus lire.

Les familles et les tuteurs disposaient d'un mois pour compléter le questionnaire, et seules 13 l'ont retourné.

³² En référence à l'ouvrage de Bernadette PUIJALON, La parole des vieux, Dunot, 1997, 226 pages.

De même, sur les 40 résidents interrogés, seuls 27 questionnaires se sont révélés exploitables. Quatre personnes ont refusé de répondre (deux de manière catégorique, deux car « tout va bien »), et neuf ne sont pas parvenues à donner des réponses adaptées (désorientation, surdité et mauvaise compréhension). L'analyse portera donc sur un échantillon de 40 personnes.

L'enquête a été conçue sur la base de modèles créés par les associations de consommateurs, et à l'aide du référentiel qualité du département d'Ille-et-Vilaine.

2-2-2- Analyse

D'une part, l'analyse statistique portera sur les questions qui ont fait l'objet de commentaires par les résidents, c'est-à-dire celles relatives au contenu du repas (partie C de l'enquête annexe 1). D'autre part, l'analyse sociologique concernera les paroles exprimées par les résidents.

En premier lieu, l'analyse statistique fait apparaître de nombreuses non-réponses. D'abord, 13 familles sur 40, soit 33%, ont renvoyé le questionnaire. Ce taux de retour paraît moyen, mais il est à nuancer car 20 formulaires ont été adressés à des tuteurs, lesquels ne connaissent ni l'organisation des repas, ni même parfois les résidents. En conséquence, nous pouvons dire que 13 familles sur les 20 concernées ont rempli le questionnaire, soit 65%, taux finalement élevé.

Quant aux résidents qui se sont abstenus de répondre, on peut supposer que cette attitude est imputable à la peur de représailles du personnel, et à la crainte que leurs réponses ne soient pas protégées par l'anonymat.

Ensuite, il convient d'analyser le nombre élevé de « sans opinion » aux questions relatives à la composition des repas, ce qui semble surprenant dans la mesure où les résidents interrogés se sont révélés très loquaces sur ce point. Ce sont donc majoritairement les familles qui se sont abstenues, n'étant pas présentes au moment du repas et ne pouvant de ce fait porter un jugement.

En revanche, l'absence de réponse des résidents s'avère plus délicate à analyser. Certains hommes avouent qu'ils se moquent de la présentation ou de la composition des plats dès lors qu'ils ont quelque chose à manger. De plus, il apparaît que certains termes utilisés n'ont pas été compris, même après reformulation. Les résidents sont également souvent craintifs à l'idée de donner une réponse « fausse » ou pensent qu'ils ne sont pas capables de répondre, par manque de confiance en eux. Une autre raison invoquée par ceux qui se sont prêtés au jeu des questions a été la peur de ne pas dire comme les autres, donc une volonté de ne pas se démarquer.

En second lieu, l'analyse sociologique révèle que seules les questions relatives à la qualité et au contenu des repas ont fait l'objet de commentaires. Cependant, les remarques négatives ou les demandes, pourtant nombreuses, n'apparaissent pas sous la forme d'insatisfactions dans l'analyse statistique. Cette contradiction tient vraisemblablement au caractère trop cadré et qui plus est écrit du questionnaire (l'écrit reste). La véritable richesse de cette enquête réside plus dans les propos et réflexions orales que dans les chiffres, qui ne sont que partiellement représentatifs.

D'ailleurs, il a suffi d'aborder le thème du repas pour que les esprits entrent en ébullition et que les revendications affluent, alors que les volets précédents de l'enquête n'avaient pas suscité de prises de positions particulières. Cela démontre que les personnes âgées se sentent concernées en premier chef par le repas et qu'elles s'expriment volontiers à ce sujet.

Les paroles des résidents au sujet du repas se classent en plusieurs catégories :

La première comprend les réflexions qui s'apparentent à des manifestations identitaires. Trois résidents (de sexe masculin) ont émis le désir de manger de « la vraie viande ». Mr R. : « je voudrais du bifteck! », et Mr M. : « il n'y a jamais de viande fraîche, c'est du congelé ». Ces revendications sont très intéressantes, puisqu'elles se réfèrent à la consubstantialité. En effet, elles ont une signification particulière. Selon Roland BARTHES³³, le bifteck fait partie d'une mythologie : « quiconque en prend s'assimile la force taurine... tous les tempéraments sont censés y trouver leur compte, les sanguins par identité, les lymphatiques par complément ». En outre, en tant que plat national, il est rattaché à des valeurs patriotiques, étant « la chair du combattant français, le bien inaliénable qui ne peut passer à l'ennemi que par trahison ».³⁴

Il ne faut pas oublier que la majorité des personnes hébergées étant d'origine rurale, la fraîcheur des produits, leur cuisson et le respect des cycles saisonniers sont essentiels.

Pourtant, le repas en institution et les normes d'hygiène imposées font parfois obstacle au respect des habitudes alimentaires, notamment pour ce qui est de leur cuisson. Le bœuf ne peut pas être servi saignant, ce qui le dénature aux yeux des personnes âgées. D'ailleurs, il n'est souvent proposé que haché (pour des raisons budgétaires), ce qui l'assimile au déchet. L'absence de sang visible lui enlève sa force originelle.

Dans le même ordre d'idées, un résident remarque qu'il n'y a pas toujours de vin. Cette réflexion représente de nouveau une manifestation de son identité. Comme le bifteck, le vin a une signification symbolique. Roland BARTHES³⁵ le définit comme « une boisson totem » et « une substance de conversion capable de retourner les situations et les états, et

³³ BARTHES, Roland, Mythologies, Editions du Seuil, Paris, 1957, page 74.

³⁴ Idem, page 74.

³⁵ Ibidem, page 69.

d'extraire des objets leur contraire, de faire, par exemple, d'un faible un fort, d'un silencieux un bavard »³⁶. Il semble que le vin importe beaucoup aux résidents car il participe d'un décor : il est présent dans tous les cérémonials de la vie quotidienne française, du repas à la maison au banquet, à tel point que BARTHES qualifie son absence d' « exotisme »³⁷. Ceci explique à quel point le vin est ancré dans la culture française et sa symbolique.

La seconde catégorie de propos relevés fait apparaître des problèmes de communication. Ils laissent entrevoir des incompréhensions et des malentendus, ainsi que des erreurs de « communication » commises par l'établissement, comme le montrent ces réflexions : Mme P. : « sur le menu, le dimanche, c'est marqué potage aux vermicelles, mais je n'ai jamais vu en deux ans de vermicelles dans le potage ! Ce n'est pas la peine de le marquer sur le menu ! ». Mme P. : « le menu n'est pas toujours respecté ».

Mr T. : « je ne consulte pas le menu car les mots sont trop compliqués. Je ne vois pas à quoi ça correspond ».

Mr V. : « je ne peux pas lire, alors comment voulez-vous que je connaisse le menu ? ».

Mme B. : « quand on mange mixé, on ne sait pas à l'avance ce que c'est ! ».

La troisième catégorie regroupe les propos relatifs à la qualité du repas en général. Ils semblent plus s'apparenter à des critiques déguisées de l'institution.

Mme F. : « les repas sont à améliorer ! ».

Mr T. : « je préférerais qu'il y ait moins à manger, mais que ce soit meilleur ! ».

Mme L. : « la cuisine n'est pas assez variée, les mixés sont toujours identiques ».

Notons que les critiques de l'institution arrivent souvent quand ont été posées en préalable des insatisfactions dans le domaine alimentaire. Toutefois, certains résidents montrent une relative indifférence quant à la restauration. Cette attitude s'explique par la vie parfois difficile qu'ont connu ces personnes, souvent sans domicile fixe. Par conséquent, ils sont satisfaits d'avoir « le gîte et le couvert », et ne se sentent pas en position de formuler des remarques. En somme, le repas est le domaine privilégié d'expression de l'identité des personnes âgées, qui trouvent en ce moment particulier un champs accessible. Néanmoins, certains résidents perçoivent son ambivalence, et il peut se transformer en moment anxiogène où la personne âgée se voit confrontée à ses propres limites.

Le caractère ambivalent du repas et sa nature hédonique ne doivent pas faire oublier qu'il représente avant tout un enjeu institutionnel.

³⁶ Ibidem, page 70.

³⁷ Ibidem, page 71.

B- Le repas : véritable enjeu institutionnel

Le repas représente un réel enjeu pour les établissements hébergeant des personnes âgées. En effet, les résidents sont confrontés à des difficultés lors de la prise alimentaire(1), celles-ci pouvant être à l'origine d'un phénomène de malnutrition dont les conséquences sont dramatiques(2).

1- Les problèmes rencontrés par les personnes âgées lors des repas

Les sujets âgés sont confrontés à des difficultés liées à un vieillissement normal, et à des difficultés dues à un vieillissement pathologique.

1-1- Les problèmes dus au vieillissement physiologique normal des personnes âgées

Toute personne âgée subit des modifications physiologiques qui sont susceptibles d'entraver le bon déroulement de la prise alimentaire. Ces modifications sont de deux ordres : les modifications d'organe, et les modifications des métabolismes.

1-1-1- Les modifications d'organes

Tout d'abord, avec l'âge, des altérations du goût s'opèrent. Elles sont causées par sécheresse de la bouche à la suite d'une déshydratation, du vieillissement des glandes salivaires, de l'usage de certains médicaments, ou encore du vieillissement des récepteurs du goût.

C'est pourquoi les aliments proposés aux personnes âgées doivent être plus épicés pour qu'elles perçoivent une saveur. En outre, la réduction du nombre de leurs papilles gustatives contribue à la sélection d'aliments plus sucrés. Le vieillissement sensoriel concerne également l'odorat et la vision, engendrant une baisse de l'appétit et perturbant ainsi la prise de mets hédoniques. Enfin, les troubles moteurs(cécité, tremblements) font obstacle à la bonne absorption des aliments.

Ensuite, l'état bucco-dentaire des personnes âgées est fréquemment altéré, dans la mesure où les soins dentaires sont onéreux. Les caries, l'édentement, la mauvaise hygiène, ou encore des prothèses dentaires mal adaptées sont autant de facteurs responsables de problèmes masticatoires.

Les sujets âgés auront donc une forte propension à manger des aliments mous et à privilégier une alimentation monotone et peu équilibrée (afin d'éviter une mastication douloureuse), celle-ci étant un facteur d'anorexie.

Enfin, la réduction de l'activité physique entraîne un ralentissement du transit intestinal, occasionnant la constipation et la pullulation microbienne. B.M. LESOURD³⁸ remarque que cette constipation est la raison de nombreux régimes auto-prescrits, souvent inappropriés. En fait, l'avancée en âge engendre des modifications d'organes, faisant ainsi courir au sujet âgé un risque de malnutrition.

1-1-2- Les modifications du métabolisme

D'une part, la masse maigre diminue chez la personne âgée, dont l'activité physique se réduit considérablement. Mais c'est surtout la masse musculaire qui se réduit énormément (50% entre 20 et 70 ans). Cette réduction entraîne parfois la perte de l'autonomie alimentaire .

D'autre part, il convient de souligner que l'os se décalcifie avec l'âge, provoquant une carence aggravée par le fait que les personnes âgées ne font pas une absorption active de calcium. Alors, il faut compenser ce manque par un apport de calcium plus élevé.

Signalons pour finir que la masse hydrique diminue de 20% à l'âge de 60 ans³⁹, perturbant ainsi les mécanismes régulateurs de l'eau, ce qui altère la sensation de soif, rendant le risque de déshydratation très élevé.

Ces modifications d'organes et des métabolismes sont liées au vieillissement physiologique, donc tous les résidents sont concernés. Cela signifie que les établissements doivent favoriser la prévention de la malnutrition et exercer une surveillance de toutes les personnes âgées, et pas seulement des sujets « à risque ».

1-2- Les problèmes dus à un vieillissement pathologique des personnes âgées

Deux causes médicales occasionnent des difficultés aux sujets âgés lors de la prise alimentaire : les démences dégénératives, et les maladies du tube digestif.

³⁸ LESOURD, B.M., « Causes des malnutritions des sujets âgés », Gériatrie, Tome 20, N°10, décembre 1995, page 17.

³⁹ LESOURD, B.M., « Causes des malnutritions des sujets âgés », Gériatrie, Tome 20, N°10, décembre 1995, page 18.

1-2-1- Les conséquences des démences dégénératives de type Alzheimer

La conséquence première des démences dégénératives réside dans les troubles de la déglutition qui surviennent au cours de leur évolution. Ces difficultés à déglutir peuvent apparaître également à la suite d'accidents vasculaires cérébraux. Je m'attarderai plus longuement sur la maladie d'Alzheimer, qui est la plus fréquente des démences dégénératives.⁴⁰ Elle engendre, en sus des troubles de la déglutition, des troubles du comportement alimentaire qui sont bien plus courants. En effet, la maladie d'Alzheimer s'accompagne d'une perte de poids lente et régulière, qui apparaît à son stade précoce, due à un accroissement des besoins énergétiques du fait de la déambulation. Cette perte de poids n'est pas compensée par des apports nutritionnels suffisants, car la personne démente ne s'alimente pas normalement. Le comportement alimentaire de ces personnes a été codifié, notamment par l'échelle de BLANDFORD, qui distingue quatre stades :

1°- Répugnance à se nourrir seul avec troubles passifs du comportement nutritionnel (n'ouvre plus la bouche spontanément, se désintéresse du repas)

2°- Dépendance à l'alimentation partielle avec perte de l'alimentation autonome. Besoin intermittent d'aide.

3°- Dépendance à l'alimentation.

4°- Absence d'alimentation et incapacité totale de mâcher et d'avalier.

Notons que certaines personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer présentent des troubles actifs du comportement alimentaire : elles sont opposantes, jouent avec la nourriture mais ne veulent pas l'avalier, crachent les aliments.⁴¹ Force est de constater que les démences dégénératives sont fréquemment à l'origine d'une anorexie (perte du besoin et du plaisir de manger), causée par divers facteurs : absence de sensation de besoin, impossibilité de se rappeler son dernier repas, non-reconnaissance des mets, altération du goût et de l'odorat, dépendance totale vis à vis d'un tiers.

1-2-2- Les conséquences des maladies du tube digestif et des pathologies musculo-squelettiques

Tout d'abord, les pathologies digestives, telles que les cancers ou les ulcères, se manifestent par une anorexie et un dégoût des aliments carnés, entraînant une mauvaise

⁴⁰ PORRET-TARODO F., TOUCHON J., « Démences et troubles de la déglutition : épidémiologie, morbidité, modalités de prise en charge », in Les troubles de la déglutition, N. KOTZKY, PH. POUDELOUX, Y.M. JACQUOT, Masson, Paris, 1999, page 87.

⁴¹ VELLAS B., et al, « La perte de poids chez les sujets présentant une maladie de type Alzheimer » Alzheimer actualités, Paris, mars 1996, N°108, page 7.

absorption digestive. De même, la diminution de la sécrétion salivaire occasionne des mycoses buccale et œsophagienne qui causent des brûlures lors de l'ingestion des aliments. L'arthrite ou une paralysie partielle font aussi obstacle à une alimentation correcte car elles rendent la prise alimentaire délicate et douloureuse.

Il importe de réaliser que les problèmes rencontrés par les personnes âgées lors du repas ont tous une conséquence identique : la malnutrition. La lutte contre celle-ci doit être considérée comme un enjeu par les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

2- La lutte contre la malnutrition : enjeu institutionnel

La malnutrition et les carences nutritionnelles constituent le risque principal après 70 ans. Néanmoins et contrairement à ce que l'on pourrait penser, la malnutrition protéino-énergétique (perte de poids supérieure à 10% en moins de 6 mois, associée à une diminution de la masse corporelle totale, en particulier aux dépens de la masse musculaire) est beaucoup plus élevée en institution qu'à domicile. En effet, 20 à 30% des sujets en institution sont concernés, dont 40 à 50% en unités de soins de longue durée, et 15 à 20% en maison de retraite.⁴² L'enjeu est d'autant plus important que la malnutrition engendre des conséquences préjudiciables pour l'institution et les résidents, et que l'institution est peut-être partiellement responsable de cette malnutrition.

2-1- Des conséquences préjudiciables à l'établissement et aux résidents

2-1-1- Les conséquences financières

La malnutrition est à l'origine de pertes financières importantes pour l'institution et les résidents. Le nombre d'hospitalisations dues à des problèmes de malnutrition est relativement élevé, notamment après 65 ans (annexe 2). Surtout, le nombre de jours d'hospitalisation concernant les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques passe de 6,2 jours pour les 15 à 64 ans, à 9,5 jours pour les plus de 65 ans. Ces chiffres montrent que les hospitalisations dues à des problèmes de nutrition augmentent avec l'âge, et qu'elles durent plus longtemps. Tout directeur d'établissement, en tant que gestionnaire, se doit de considérer la lutte contre la malnutrition comme une priorité institutionnelle, dans la mesure où chaque hospitalisation entraîne une perte financière (35 francs par jour à Derval), les prix des repas étant décomptés à la personne hospitalisée. En outre, chaque hospitalisation, qui plus est quand elle dure longtemps, constitue un traumatisme pour les

⁴² Dr RIETSCH, intervention de janvier 2001 au diplôme universitaire de Gérontologie de Strasbourg.
Aude-Cécile PAJOT-PHILOUZE - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

résidents et un risque accru de grabatisation. La personne âgée peut rapidement se voir entraînée dans un cercle vicieux, car la malnutrition aggravera l'immuno-déficience liée au vieillissement, et engendrera une augmentation des infections, qui aura pour conséquence à son tour d'aggraver le déficit immunitaire. Cette situation sera coûteuse en temps pour le personnel, et en argent pour le résident et l'institution.

De plus, la malnutrition accroît le nombre de consultations de médecins libéraux (annexe 3). Les maladies endocriniennes, nutritionnelles, et métaboliques représentent 19,2% des motifs de consultations des médecins libéraux. Il faut également remarquer que les maladies de la bouche et des dents, ainsi que celles de l'appareil digestif font l'objet de consultations chez le médecin libéral à hauteur de 13,7%. Sachant que ces pathologies créent des problèmes pour l'ingestion des aliments, il convient de ne pas sous-estimer ces chiffres.

2-1-2- Les conséquences humaines

Les conséquences se mesurent en terme humain. Le risque de morbidité due à la malnutrition s'accroît considérablement avec l'âge, comme le montre le tableau de l'annexe 4. En effet, la malnutrition va favoriser les infections, les chutes, l'ostéoporose, les escarres, et engendrer une perte d'autonomie et une évolution plus rapide vers la grabatisation.

Une morbidité importante dans une maison de retraite est difficile à supporter aussi bien pour les résidents que pour le personnel, celui-ci étant souvent épuisé physiquement et psychologiquement (burn-out). Les établissements qui sont entrés dans la nouvelle tarification se voient confrontés à un nouveau type de problème : l'admission de résidents après les décès. Les résidents relevant des GIR 1 à 3 payant le surcoût de leur dépendance, les titres de recettes de l'établissement vont en conséquence. Il est parfois difficile d'accueillir une personne âgée dont le groupe Iso-ressources est similaire au résident qui est décédé, ce qui occasionne des pertes financières, et un taux d'occupation insatisfaisant à certaines périodes, notamment pour les établissements très médicalisés qui ne reçoivent que des personnes très dépendantes. Cette absence de recrutement est souvent source d'inquiétudes pour le personnel.

Enfin, une morbidité élevée n'est pas favorable à l'image de l'établissement, qui est alors assimilé à un «mouroir », et dans lequel les visiteurs ne se rendent plus, car ils ne le considèrent plus comme un lieu de vie et d'animations.

2-2- La malnutrition : responsabilité institutionnelle ?

La malnutrition, plus élevée en institution qu'à domicile, apparaît comme inadmissible. Comment expliquer qu'une personne âgée, qui prend son repas en collectivité, dans une institution médicalisée, et avec du personnel soignant, soit dénutrie ? On peut s'interroger dans ce cas sur la part de responsabilité dévolue à la structure.

2-2-1- Une méconnaissance du sujet âgé

Cette hypothèse semble surprenante, mais on remarque que l'ignorance de ce qui concerne le résident commence souvent dès l'accueil, où il est rare que la fiche de renseignements adressée mentionne en détail les habitudes alimentaires de la personne âgée, ainsi que ses goûts et dégoûts. Le directeur se doit d'être le garant d'un accueil de qualité et préparé, d'autant plus que de cet accueil dépend souvent l'adaptation du résident à son nouveau cadre de vie. Le problème réside dans le fait que les directeurs d'établissements pour personnes âgées sont réticents à mettre en place des fiches de renseignements détaillées comportant les goûts des résidents. La raison la plus fréquemment invoquée est qu'il serait ingérable au quotidien de demander à chaque personne ce qu'elle apprécie ou pas. La seconde raison mise en avant est que l'état de dépendance des résidents s'étant aggravé, il est impossible de leur faire remplir une telle fiche.

Il apparaît que ces deux objections ne sont pas fondées. Chercher à connaître les préférences et habitudes alimentaires des résidents ne signifie pas la réalisation d'un menu « à la carte », ce qui serait effectivement ingérable, mais respecter au mieux l'identité de la personne et son histoire.

2-2-2- La méconnaissance de l'alimentation des sujets âgés

Force est de constater que les institutions sont souvent coupables d'ignorer les besoins nutritionnels des personnes âgées et de laisser la place aux préjugés alimentaires. Pourtant, la recommandation n°J3-99 du 6 mai 1999 relative à la nutrition, qui fait office de référence (et non plus la circulaire du 9 juin 1971), et qui a pour objectif d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis dans les collectivités publiques, est largement diffusée. Elle préconise de mettre en place un contrôle basé sur la fréquence de présentation des aliments, afin de diminuer les apports en lipides et d'augmenter les apports en calcium, vitamines, fer, et fibres. La circulaire stipule que les aliments servis doivent être de qualité et les ressources budgétaires suffisantes pour remplir cet objectif. Finalement, elle mentionne la structure adéquate de chaque repas.

Mais dans les petites maisons de retraite, le personnel de service et le personnel soignant sont peu formés à la nutrition des personnes âgées. Le budget formation étant plutôt réduit, les crédits sont surtout consacrés à des formations plus techniques (toilette, manutention, soins palliatifs). Ensuite, l'alimentation des personnes âgées ne pose pas toujours de cas de conscience aux directeurs ou membres du personnel, dans la mesure où chacun croit connaître et savoir, par expérience, les besoins des résidents, et où on estime que les compétences nécessaires peuvent s'apprendre « sur le tas ».

Les préjugés alimentaires sont aussi facteurs d'erreurs en matière de nutrition des personnes âgées. L'adage selon lequel « quand on est vieux, on mange moins », repris d'ailleurs par les résidents eux-mêmes, est à l'origine de portions congrues, notamment au dîner. Le plus problématique est qu'il fait parfois office de règle, même en cuisine, alors que les apports recommandés quotidiennement sont de 2000 à 2400 Kcal pour un homme, et de 1800 à 2200 Kcal pour une femme (ce qui est bien supérieur aux 1500 calories consommées par les personnes âgées vivant à domicile). Précisons que l'existence de préjugés alimentaires, qu'ils viennent du personnel ou des résidents, est très néfaste car elle crée des interdits et des déséquilibres alimentaires, liés à la symbolique que les personnes âgées entretiennent avec la nourriture. A titre d'exemple, certains résidents sont convaincus que les œufs sont mauvais pour le foie ou que les matières grasses doivent être proscrites. Le directeur a donc l'obligation d'organiser une information et une formation interdisciplinaire sur les besoins nutritionnels, mission stratégique qu'il peut partager avec le médecin coordonnateur.

Justement, les maisons de retraite fonctionnent en collaboration avec des médecins libéraux qui n'ont pas reçu, le plus fréquemment en milieu rural, de spécialisation en gériatrie. Cette situation donne lieu à la prescription de régimes infondés, voire abusifs. Ces régimes rendent l'alimentation monotone, la monotonie étant un facteur d'anorexie.

De plus, la polymédication est sujette à débat. Il est frappant de constater que la majorité des établissements ont une organisation des soins telle que les médicaments sont distribués au début du repas, alors que seuls cinq ou six médicaments doivent l'être impérativement. Cette distribution « apéritif » fait l'effet d'un coupe-faim, et la polymédication perturbe le goût.

Finalement, les institutions, dont le personnel est parfois pris par l'urgence, ont tendance à négliger les bilans nutritionnels, que ce soit à l'admission des résidents, ou ultérieurement.. L'état nutritionnel d'un sujet âgé peut être évalué de différentes manières. Monique FERRY⁴³ cite l'interrogatoire, technique permettant une évaluation des « ingesta » par le biais d'une enquête alimentaire, et l'anthropométrie, qui nécessite la mesure du poids. D'autres outils sont faciles d'utilisation, tels que la mesure de la capacité fonctionnelle ou le MNA (Mini Nutritional Assessment : annexe 5). En fait, le bilan nutritionnel doit être un passage obligé lors de l'admission, mais il ne dispense pas d'un suivi régulier ensuite. Il existe des lève malades qui tarent simultanément, et ils sont pratiques à utiliser pendant la toilette. Seuls les « sujets à risque » ou désignés comme tels font l'objet d'un suivi régulier. Toute la question est dans la connaissance ou non par le personnel de ces sujets. Ainsi, il a été constaté que certaines aides-soignantes ne savent pas que les résidents qui déambulent et les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, nécessitent plus de surveillance que d'autres. Tous les

⁴³ FERRY Monique, « l'alimentation en maison de retraite », L'année Gériatrique 1995, Paris, page 99.

résidents sont potentiellement en danger de malnutrition et la prévention est primordiale. Il faut toutefois préciser que le manque de personnel chronique dont souffrent les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (annexe 6) rend malaisée une vigilance de tous les instants, et les urgences à gérer au quotidien prennent souvent le pas sur des actions de prévention à long terme.

En fait, il est des circonstances où la malnutrition découle d'erreurs d'expériences ou d'appréciations des institutions. C'est pour cette raison que le repas doit faire l'objet d'une organisation spécifique et bien cadrée, chose difficile, puisqu'il se situe au carrefour des soins, de l'hôtellerie, et de l'animation.

Après avoir supposé que le repas avait un caractère ambivalent, étant à la fois moyen de contrôle et de conditionnement par l'institution, et moyen d'expression privilégié de leur identité par les résidents, il convient d'analyser la pratique du repas en maison de retraite, afin de vérifier la pertinence des hypothèses émises.

II-LA PRATIQUE DU REPAS EN MAISON DE RETRAITE

La pratique du repas varie d'une institution à l'autre en fonction de sa mission. Il s'agit dès lors d'analyser la manière dont se déroule le repas en maison de retraite puisque de telles structures aspirent à être des lieux de vie et le nouveau domicile des résidents .

En effet, l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, stipule dans ses recommandations relatives à la qualité de vie des résidents qu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) doit [...]« être d'abord un lieu de vie préservant à la fois une réelle intimité pour le résident et son entourage et la convivialité nécessaire au maintien du lien social tant pour les résidents qu'entre ces derniers et leurs proches».

Les maisons de retraite, en tant que structures médico-sociales, se doivent donc de faire du moment du repas un instant aussi proche que possible de celui du domicile. C'est pour cette raison que je m'attacherai à ces établissements (et non aux services de long séjour), d'autant plus que mon terrain de stage est une maison de retraite.

J'examinerai la pratique du repas sous deux angles : en premier lieu la pratique du repas questionnée(A), et en second lieu, la pratique du repas observée(B).

A- La pratique du repas questionnée

Comment se déroule le repas en maison de retraite ? Il convient, pour répondre à cette question, d'utiliser une méthodologie spécifique (1), et d'analyser ensuite les réponses apportées (2).

1- Une méthodologie spécifique

La méthode employée afin d'attester de la pratique du repas en maison de retraite comprend deux volets : le premier consiste en des questionnaires adressés au personnel et aux résidents, et le second en des entretiens réalisés avec les cuisiniers de l'établissement terrain de stage.

1-1- Les questionnaires

Les questionnaires ont concerné d'une part le personnel, et d'autre part les résidents.

1-1-1- Des questionnaires destinés au personnel

J'ai envoyé un document intitulé : « questionnaire sur le repas en maison de retraite » aux membres du personnel soignant et hôtelier de plusieurs établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.(annexe N° 7)

Le choix du questionnaire s'est imposé, dans la mesure où cette méthode permet de toucher un échantillon plus important que les entretiens, et car l'anonymat des personnes interrogées était préservé, ce qui semblait pouvoir garantir des réponses honnêtes et précises. En outre, un questionnaire offre la possibilité de mélanger les interrogations relativement fermées et les questions plus ouvertes, ces dernières laissant la place à l'expression libre des personnes sondées. De plus, le climat social du terrain de stage faisait obstacle à la réalisation d'entretiens avec le personnel soignant, bien que relatifs au repas, dans la mesure où les relations étaient très tendues avec la direction.

Il fallait donc appliquer un régime identique pour les mêmes catégories de personnels, bien que ceux-ci ne fassent pas partie de la même maison de retraite, afin d'avoir une vision globale et fondée sur une approche similaire.

Les catégories de personnel ciblées étaient celles dont les fonctions sont en étroite relation avec le déroulement du repas (infirmières diplômées d'Etat, aides-soignantes, et A.S.H. des services hôteliers et soins), que ce soit en amont ou en aval du moment de la prise alimentaire. En effet, le repas tient une place particulière en maison de retraite puisqu'il

représente la seule fonction au carrefour du soin, de l'hôtellerie, et de l'animation. Il convenait en conséquence de questionner tous les maillons de la chaîne, notamment parce que certains d'entre eux, contrairement au personnel des services généraux, ne sont pas habitués à faire l'objet de sollicitations relatives au repas, car les dirigeants pensent souvent que ce moment de la journée est affaire des services hôteliers, et non de soins. Ensuite, les agents des services hospitaliers ne se voient guère sollicités au regard d'autres corps, alors qu'ils ont des expériences différentes, mais tout aussi intéressantes que les soignants. Cette situation de mise à l'écart peut s'expliquer par leur positionnement un peu hybride dans les maisons de retraite : ils font souvent fonction d'aides-soignants, alors que leur mission première est toute autre. Leur mission s'adapte alors aux besoins du moment de la structure, et ils souffrent en conséquence d'un manque de reconnaissance et d'une situation pour le moins fluctuante, surtout dans les petits établissements. Il importait donc de les inclure dans ce questionnaire.

Enfin, le but de ce questionnaire était de connaître la perception du repas que peuvent avoir les personnels, et surtout d'appréhender l'organisation de ce moment de la journée dans différents établissements.

L'objectif principal était de vérifier les hypothèses que j'avais formulées en première partie, et les questions sont donc orientées dans cette optique. Le questionnaire proposé comprend plusieurs thèmes :

- des questions relatives à la notion de temps : temps du repas, disponibilité du personnel pendant la prise alimentaire,
- des interrogations concernant la perception du repas et les interdits alimentaires,
- des questions relatives à l'autonomie des résidents : choix, expression, autonomie physique,
- une interrogation portant sur la connaissance des problèmes des personnes âgées vis à vis du repas.

Cette diversité des domaines abordés répondait à la nécessité d'avoir une approche globale du moment du repas, et de pouvoir alimenter tous les thèmes traités dans ce mémoire.

Toutefois, il apparaissait comme primordial que le questionnaire ne soit pas trop long, car il aurait été dissuasif, d'autant plus que le personnel sondé est déjà en nombre insuffisant dans les maisons de retraite. Ainsi son temps est-il précieux.

1-1-2- Un sondage réalisé auprès des résidents

J'ai également interrogé les résidents de la maison de retraite de Derval. Il importait de comparer leurs opinions sur le repas avec celles qui avaient été émises par le personnel. Les personnes âgées hébergées ne sont pas habituées à ce qu'on leur demande leur avis sur l'organisation de leur vie quotidienne, ce qui les flatte et les rend très affables. Il était

préférable que les résidents sondés soient ceux de Derval car ils étaient en terrain familier et en confiance pour répondre librement aux questions posées, me connaissant déjà.

L'enquête de satisfaction réalisée en décembre 2000, comprenant un volet relatif à la restauration, était destinée également aux familles, ce qui explique son caractère écrit. Cependant, cette rigidité a pu être contournée par le fait que les questions ont été posées sous la forme d'entretiens semi-directifs.

Je ferai référence ici à des « morceaux choisis », à des questions de l'enquête qui participent du même thème que celles ayant été posées au personnel au sujet du repas.

Ensuite, il fallait compléter la recherche par des questions plus précises et élaborées seulement pour ce mémoire. J'ai donc conçu un questionnaire, sachant qu'il constituerait plutôt une trame et un cadre pour des entretiens avec les résidents. En effet, l'expérience de l'enquête avait démontré qu'il était plus facile d'opter pour une méthode de sondage souple et adaptable, car les personnes âgées sont plus à l'aise lorsqu'on leur laisse une marge d'expression et qu'elles ne sont pas accablées par les questions.

La démarche adoptée a été celle d'entretiens directifs menés avec le questionnaire en trame de fond .

Il n'est jamais évident, lorsqu'on est confronté à une population dont l'état de santé s'aggrave en permanence, de déterminer quels sont les résidents qui seront capables de répondre aux questions. J'ai élaboré une liste avec l'aide de l'animatrice et elle a évolué en même temps que les résidents. Il faut préciser que les personnes interrogées en 2001 sont presque les mêmes qu'en 2000, nonobstant le fait qu'il faille tenir compte des décès survenus. Toutefois, l'échantillon est identique en nombre. Soulignons néanmoins que seules les personnes qui jouissent encore de leur autonomie psychique ont répondu. L'échantillon n'est en conséquence pas réellement représentatif de la population accueillie.

Le but premier de ce questionnaire était de confronter les réponses apportées par les résidents avec celles des personnels. Ainsi les questions ont-elles été conçues en rapport avec les interrogations contenues dans le questionnaire destiné aux membres des personnels. Elles peuvent être classées en plusieurs thèmes :

- la perception du moment du repas,
- la liberté de choix,
- les problèmes éventuels rencontrés lors de la prise alimentaire ,
- les modes d'expression.

L'objectif second était de compléter les réponses fournies par l'enquête de satisfaction afin d'avoir une approche globale. Soulignons que les interrogations étaient ouvertes et peu nombreuses, afin de retenir l'attention des résidents et de ne pas les lasser avec une batterie de questions.

Il convient de constater que la méthode du questionnaire se heurte à divers obstacles, tels que les réponses mal adaptées, du fait, peut-être, de questions qui auraient du être mieux formulées. C'est pourquoi la technique de l'entretien apparaît comme plus efficace, même si elle est chronophage, car elle permet de reformuler les questions éventuellement incomprises et d'obtenir les réponses simultanément par le jeu du dialogue.

1-2- Des entretiens auprès des cuisiniers de Derval

La technique des entretiens a été employée exclusivement avec les cuisiniers de la maison de retraite de Derval, terrain de stage.

1-2-1- Le choix des entretiens

La décision de procéder à des entretiens s'est imposée d'elle-même en ce qui concerne le personnel des cuisines. Les relations étaient très cordiales avec la direction, et nous les côtoyions quotidiennement. En outre, l'équipe des cuisines, composée de deux personnes, était relativement isolée par rapport aux services de soins et aux étages. Enfin, leur nombre favorisait la tenue d'entretiens. Ces entretiens étaient semi-directifs, afin de fixer un cadre de départ, mais les questions étaient ouvertes et à « tiroirs », pour que l'expression soit la plus libre possible.

1-2-2- Le choix des cuisiniers de DERVAL

Il peut sembler incohérent d'avoir interrogé uniquement les membres du personnel des cuisines de DERVAL, alors que des questionnaires ont été envoyés dans d'autres établissements tant au personnel soignant qu'ASH.

Cette décision s'explique par deux facteurs : d'une part, le profil des cuisiniers de l'établissement terrain de stage s'avérait très intéressant, dans la mesure où les deux membres de l'équipe avaient un déroulement de carrière totalement différent, et donc source d'enrichissement pour cette recherche. Ainsi le maître-ouvrier, titularisé en l'an 2001, était-il auparavant propriétaire d'un restaurant, ce qui jalonnait son parcours d'expériences intéressantes. A l'inverse, la cuisinière, ouvrière professionnelle spécialisée, avait toujours fait carrière dans la fonction publique hospitalière, et était de fait familière de la cuisine en collectivité.

D'autre part, il était essentiel de rester dans le cadre de la maison de retraite de DERVAL, puisque l'étude portait, au final, sur la pratique du repas dans cette structure. Il faut souligner

que le personnel soignant, lié par une culture commune, semble être une population plus homogène que le personnel des cuisines, ce qui facilitait la comparaison. Finalement, chaque cuisine de collectivité a un mode de fonctionnement différent, celui-ci dépendant de la liaison froide ou chaude, de l'existence d'une cuisine centrale ou non, de la personnalité de son « chef », et du directeur.

1-2-3- Les objectifs recherchés

Le but était, comme précédemment, de mettre en parallèle les réponses des résidents avec celles du personnel, et de voir s'il était possible de faire émerger des visions communes, ou au contraire, des contradictions. Les interrogations portaient par conséquent sur la représentation qu'avaient les cuisiniers du repas, question primordiale dans la mesure où ils confectionnent les mets consommés par les résidents.

Les questions posées concernaient ensuite les revendications éventuelles formulées par les personnes âgées au moment de la prise alimentaire, la connaissance ou non de leurs goûts et dégoûts, la convivialité, ou encore les frustrations ressenties par le personnel des cuisines relativement au repas en maison de retraite. Ici encore, il était aisé d'adapter les questions en fonction des réponses données et d'aborder d'autres sujets.

En somme, bien que la méthodologie adoptée ait divergé en fonction des individus interrogés, l'objectif visé était de faire une analyse comparative de leurs réponses.

2- Une analyse duale

L'analyse des réponses fournies se réalisera de deux manières : l'analyse dite statistique, qui comporte les résultats des questionnaires et entretiens, et l'analyse sociologique, qui tentera de donner une explication à ces résultats.

2-1- L'analyse statistique

2-1-1- Résultats des questionnaires destinés aux personnels soignant et hôtelier

Au préalable, il convient de préciser que 80 questionnaires ont été distribués dans quatre établissements différents. Trois des structures étaient des maisons de retraite publiques autonomes (maison de retraite de La Boëxière, Résidence Pors Moro à Pont-L'abbé, et

maison de retraite publique de Derval), et une dépendait du centre hospitalier de Valognes (Manche).

Seuls 34 questionnaires ont été renvoyés : un de La Boëxière (sur les 5 distribués), 6 de Pont-L'abbé (sur les 25), 7 à Derval (sur les 30 diffusés), et 20 à Valognes (sur les 20 envoyés) .

A quel corps appartenez-vous?

CORPS	NOMBRE	%
médecin	1	2,94
I.D.E.	4	11,76
animatrice	1	2,94
aides-soignantes	16	47,06
A.S.H.	10	29,42
emplois-jeunes	1	2,94
TOTAL	34	100

Que représente pour vous le repas en maison de retraite?

(classer ces propositions dans l'ordre croissant selon l'importance que vous leur accordez).

REPONSES	CLASSEMENT	NOMBRE	%
un moment convivial pour les résidents	1	28	82,3529412
un moment de soin	1	1	2,94117647
un moment de dialogue et d'échange privilégié	1	5	14,7058824
un moment comme un autre	1	0	0

18 agents ont considéré le repas comme un moment de dialogue et d'échange privilégié avec les résidents et l'ont placé en seconde position par ordre d'importance.

TOTAL GENERAL : 34

Combien de temps dure le repas dans votre établissement?

REPONSES	NOMBRE	%
moins de 30 minutes	3	8,82352941
entre 30 et 45 minutes	24	70,5882353
le temps souhaité par les résidents	1	2,94117647
plus de 45 minutes	6	17,6470588
TOTAL	34	100

Pensez-vous avoir le temps nécessaire pour aider les résidents qui en ont besoin?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	5	14,7058824
non	9	26,4705882
cela dépend	20	58,8235294
TOTAL	34	100

Possédez-vous des couverts et ustensiles spécifiques pour faciliter la prise alimentaire ?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	29	85,2941176
non	5	14,7058824
TOTAL	34	100

A quel moment du repas distribuez-vous les médicaments aux résidents?

REPONSES	NOMBRE	%
au début	24	70,5882353
au milieu	5	14,7058824
à la fin	4	11,7647059
cela dépend du passage de l'IDE	1	2,94117647
TOTAL	34	100

Existe-t-il un suivi de la prise alimentaire dans votre maison de retraite?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	32	94,1176471
non	1	2,94117647
oui, si nécessaire	1	2,94117647
TOTAL	34	100

Les résidents ont-ils le choix de leur place à table?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	14	41,1764706
non	14	41,1764706
oui et non	5	14,7058824
oui , en fonction des possibilités	1	2,94117647
TOTAL	34	100

Les résidents ont-ils le choix du lieu où ils mangent?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	10	29,4117647
non	22	64,7058824
oui et non	2	5,88235294
TOTAL	34	100

Sinon, qui décide?

Le personnel

Le médecin

Le médecin ou le personnel

Il y a-t-il une commission de menus à laquelle participent les résidents?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	27	79,4117647
non	7	20,5882353
TOTAL	34	100

Connaissez-vous les goûts et les dégoûts des résidents en matière alimentaire?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	28	82,3529412
non	3	8,82352941
parfois	1	2,94117647
sans opinion	2	5,88235294
TOTAL	34	100

Existe-t-il des interdits alimentaires dans votre établissement?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	27	79,4117647
non	6	17,6470588
oui et non	1	2,94117647
TOTAL	34	100

Si oui, lesquels?

Les œufs sur le plat
Les crustacés
Manger à la gamelle
Alcool
Régimes
Sucre, sel, graisse

Vous sentez-vous frustrés de la manière dont se déroule le repas en institution?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	11	32,3529412
non	23	67,6470588
TOTAL	34	100

Si oui, pourquoi?

La monotonie
Manque de souplesse et de convivialité
Car on ne peut pas toujours prendre le temps d'écouter les demandes de chaque résident
Pas assez de respect du sommeil du résident le matin pour le petit déjeuner
Les résidents sont généralement pressés et la nourriture peu appétissante
Manque de temps, pas assez à l'écoute des résidents par rapport à leurs goûts

Selon vous, les personnes âgées rencontrent-elles des problèmes particuliers liés au repas?

REPONSES	NOMBRE	%
oui	22	64,7058824
non	12	35,2941176
TOTAL	34	100

Si oui, lesquels?

La forme des aliments
La préhension de la fourchette et du couteau
Problèmes physiques et/ou mentaux
Fausses routes
Ils n'aiment pas toujours le menu
Constipation, vomissements
Difficultés à manger seuls
Ne plus savoir se servir des couverts
Apraxie, agnosie
Manque d'adaptation à leur âge, à leurs souvenirs
Manque de présentation pour stimuler l'appétit
Troubles de la déglutition
Problèmes des mixés: présentation et goût
Problème des placements à table
Problème des régimes difficiles à suivre
Problème de choix

2-1-2- Résultats des questionnaires destinés aux résidents

Ces résultats sont d'abord composés d'extraits de l'enquête de satisfaction réalisée en décembre 2000 (voir en annexe N°8), et ensuite des réponses apportées au questionnaire fait en 2001. L'échantillon est, comme pour l'enquête, de 27 personnes.

-Le repas : repère temporel et moment de rencontre

14 résidents sur les 27 interrogés, soit 51,85 % estiment que le repas est un moment particulier de la journée. Mr C. : « C'est un moment spécial parce qu'on mange. Je suis assez gourmand ! » ; Melle G. : « C'est un moment appréciable que j'attends avec impatience, on retrouve tout le monde. » ; Mme B. : « C'est le meilleur moment de la journée. J'ai du monde autour de moi. On vit en famille ! » ; Mr V. « Je n'ai pas d'autre distraction que le repas car je ne vois pas. ».

A l'inverse, 13 résidents (soit 48,15%) ne considèrent pas le repas comme un moment spécial. Mr P. : « Il faut bien manger » ; Mme B. : « C'est pour manger, c'est tout. » ; Mme D. : « Rien ne me distrait, l'heure m'est égale ».

-Le repas : moment de socialisation

25 résidents aiment prendre leurs repas au restaurant, contre 2 à qui cela déplaît. Certaines personnes précisent que : « Cela permet d'avoir contact avec les gens. C'est préparé », ou que : « On est bien assez dans sa chambre! ».

Deux résidents ne sont pas enthousiastes : « Je n'aime pas tellement, mais j'y vais quand même ; ça parle beaucoup et je voudrais un peu plus de calme. On ne s'entend même pas parler ! ». Un autre rétorque : « Faut bien ! Y'en a qui causent trop là-dedans ! » .

Force est de constater que parmi les personnes qui apprécient de prendre leurs repas au restaurant, quatre affirment ne pas aimer l'atmosphère qui y règne : Mme B. : « Y'en a un qui parle tout le temps, c'est désespérant, et puis je n'aime pas la musique ! », ou Mme C. : « J'aime pas l'ambiance. Entendre gueuler et crier, je déteste ça. On aimerait manger tranquille ! ».

En somme, les sentiments paraissent contradictoires.

Quand je demande aux résidents s'ils préféreraient manger dans leur chambre, 17 y sont opposés, avec véhémence. Mme B. : « Quelle horreur ! », et Mr T. : « Pas question ! ».

D'autres semblent plus résignés : « Non, il faut bien y aller », ou Mme C. : « Non, on est bien obligé de supporter ».

Trois personnes désireraient toujours rester manger dans leur chambre (« J'aurais à choisir, je resterais en haut car on ne parle pas »), et une souligne que « cela dépend ». Une autre rétorque : « Ils font ce qu'ils veulent, ça m'est égal. ».

-Le repas ou la convivialité mitigée

26 des personnes questionnées affirment ne pas avoir choisi leur place à table. Certaines ont développé : Melle E. : « On m'a changé quelquefois. Je suis avec des personnes qui ne parlent pas. J'ai fait plusieurs tables. » ; Melle G. « Ma voisine se plaint tout le temps, elle dit que c'est point bon ! » ; Mme B. « Ils m'ont mis à cette table-là, donc j'y reste ! » ; Mr V. : « J'ai été choisi ! Je mange avec ma sœur. » ; Mr T. « Je voulais changer de table et on m'a mis ce client là. A l'autre table, ça ne parlait pas. ».

Un résident répond que ses voisins de table sont des « copains », et qu'il ne souhaite pas changer de place.

-Des revendications limitées

A la question : « Que faites-vous lorsque vous n'aimez pas un plat ? », six résidents se taisent et mangent quand même, alors que quatre personnes décident de ne pas manger.

Trois demandent autre chose, et une personne précise : « Je dis que je n'aime pas, mais je mange quand même ».

14 résidents se sont abstenus de répondre à cette interrogation.

-Des problèmes relativisés vis à vis du repas

18 résidents répondent qu'ils ne rencontrent aucun souci particulier lors de la prise alimentaire. Les autres personnes interrogées soulèvent quelques difficultés : « on me coupe ma viande » (deux), « je mange mixé car j'ai un dentier » (trois), « des fois, c'est dur à couper » (deux), « je ne vois pas, donc je demande de l'aide » (un), « des fois, je mange, quand ça me plait ; faut pas que je mange trop, faut qu'ça digère ! » (un).

2-1-3- Retranscription des entretiens avec les cuisiniers

Le repas : moment convivial et de rencontre

Les deux membres de l'équipe cuisine ont une vision similaire du repas en institution. Il représente un moment convivial pour les personnes âgées, mais également pour eux car c'est l'instant pendant lequel les résidents les voient. Selon Mr BONIN, maître-ouvrier, « c'est un moment de dialogue avec eux qu'on ne peut pas avoir autrement et il est le seul plaisir qu'il leur reste, car ils n'ont pas tellement de buts ».

Les cuisiniers insistent sur leur volonté de satisfaire les résidents, notamment avec des couleurs.

Compatibilité entre qualité de la cuisine et normes d'hygiène

Mr BONIN et Mme JOALLAND soulignent que les normes d'hygiène ne font pas obstacle à la réalisation d'une cuisine traditionnelle et conviviale, dans la mesure où « on a la chance de ne pas être en liaison froide, donc on cuisine, et on met dans les chariots chauffants ». Le respect des normes HACCP ne constitue pas pour eux une contrainte, car cette démarche intervient surtout lors de la préparation des mets (marche en avant, nettoyage avec lingettes à usage unique, partie sale et partie propre...), mais n'entrave en rien le choix des menus (utilisation d'œufs frais, par exemple, dès lors qu'on en connaît la provenance).

Connaissance des goûts des résidents

Les deux cuisiniers interrogés ont exprimé leur déception de ne pas connaître les goûts des résidents, et que ces derniers ne soient pas consultés sur ce qu'ils aiment ou non. Ils soulignent que cette lacune engendre des revendications de la part de certaines personnes âgées, qui souhaiteraient des artichauts, du poulet fermier, du bœuf bourguignon ou encore du rosbif, et surtout des plats en sauce.

Mr BONIN a cité l'anecdote du boudin, qui était trop fréquemment proposé au menu, surtout cet hiver, et qui a été laissé de côté par 30 résidents, en signe de mécontentement.

Les deux agents précisent que les résidents osent toujours demander un plat de remplacement s'ils n'apprécient pas les mets présentés, et qu'ils s'adaptent alors pour faire plaisir à la personne âgée.

« Révolte intérieure »

A la question : « Il y a-t-il des choses qui vous choquent ou vous dérangent dans le repas en maison de retraite ? », les cuisiniers répondent qu'ils s'opposent aux régimes, « qui sont inutiles, sauf pour les personnes gravement diabétiques » : « il y a une dame qui est sans sucre et qui se goinfre de sucreries hors des repas ! », et « il y en a une autre qui est sans sel, mais qui met du vinaigre dans tous les plats ! ».

De plus, ils font part de leur mécontentement à l'égard de certains résidents qui mangent mixé à la maison de retraite, alors qu'ils mangent entier quand ils vont en vacances : « on les assiste trop ici ! ».

Les cuisiniers soulèvent le problème de l'absence de prévention de la dépendance : « certaines personnes âgées mangent mixé alors qu'elles pourraient manger entier », ainsi que le manque de coordination entre les services de soins et les cuisines.

Le repas idéal...

Mr BONIN, maître-ouvrier, conçoit le repas idéal en maison de retraite comme un moment ignorant les interdits (vin servi en carafes, sauf pour les résidents ayant des antécédents de dépendance à l'alcool), et comme un moment qui tiendrait davantage compte des goûts des résidents (commission de menus, fiches de liaison entre les services...) . En outre, ils souhaiteraient pouvoir réaliser un service à l'assiette avec une décoration et une présentation plus soignée, comme au restaurant, mais invoquent le manque de temps et le manque d'espace dans la salle à manger.

2-2- L'analyse sociologique

Elle consistera en une analyse des réponses fournies par les personnels soignants, hôteliers et des cuisines, ainsi que de celles données par les résidents.

2-2-1- Analyse des réponses apportées par le personnel soignant et ASH

En premier lieu, une analyse du taux de retour des questionnaires (42,50%) semble s'imposer. On peut constater que le nombre de réponses varie en fonction non seulement de l'établissement destinataire, mais aussi selon l'intermédiaire. En effet, le personnel du centre hospitalier de Valognes (Manche) a répondu à 100%, vraisemblablement parce qu'un collègue aide-soignant du D.U.de Gérontologie de Strasbourg l'a diffusé. Dans les autres établissements, le taux de retour a été moindre (20% à La Bouéxière, 24% à Pont-L'abbé, et surtout 23% à Derval). Cet accueil mitigé s'explique à Derval par les relations tendues entre la direction et le personnel soignant. Ailleurs, les questionnaires ayant été transmis par l'intermédiaire de deux élèves-directeurs, une situation similaire a dû se produire .

Une autre interprétation laisse à penser que certains membres du personnel d'un même établissement ont rempli le questionnaire ensemble, puisque la majorité des questions concernaient l'établissement et l'organisation du repas, donc ne nécessitaient pas de réponses individuelles.

En second lieu, je m'attarderai sur quelques réponses. D'abord, 33 personnes considèrent le repas avant tout comme un moment convivial pour les résidents et un moment de dialogue privilégié entre eux et les personnes âgées, opinion qui tend à confirmer le caractère particulier du repas en maison de retraite.

Ensuite, je constate qu'il existe une divergence d'opinion entre les agents d'un même établissement quant à la durée du repas. La majorité répond qu'il dure entre 30 et 45 minutes (70%), mais quatre agents estiment qu'il s'étend sur moins de 30 minutes, et six au-delà de 45 minutes. Ceci peut s'expliquer par le fait que la durée des repas dépend de la population et du service concerné (population parfaitement indépendante qui ne nécessite aucune aide ou personnes qui doivent être nourries). Et l'habitude et la routine peuvent faire obstacle à une vision réaliste des choses.

Dans 70% des établissements destinataires des questionnaires, les médicaments sont distribués au début des repas, ce qui tend à confirmer l'hypothèse selon laquelle l'institution, par une organisation inadaptée, pourrait être tenue pour responsable de la malnutrition. Il est démontré que les médicaments distribués en début de repas ont un effet anorexigène d'abord parce qu'ils modifient le goût des aliments consommés, et également car ils se prennent avec du liquide, qui crée très vite une sensation de satiété. Seuls quatre agents répondent que la distribution des médicaments a lieu à la fin de la prise alimentaire.

Il convient d'ajouter que le problème du choix ou pas de sa place à table par le résident est très ambigu. Preuve en est que cinq agents ont répondu : « oui et non ». 41% des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative, et 41% par la négative, soit une stricte égalité. Elle reflète un des défauts des questionnaires : la personne qui le remplit peut être tentée de répondre par réflexe et par référence à un principe, et non à la réalité. Il semble que l'observation in situ permettra d'éclaircir ce point, de même que les éléments de réponses fournis par les résidents (afin d'infirmer ou de confirmer l'hypothèse du départ).

Enfin, il faut s'attarder sur les interdits alimentaires dans les institutions objets d'étude, ainsi que sur la frustration ressentie par certains membres du personnel. D'une part, 79% des structures excluent certains mets de leurs menus. Les aliments majoritairement cités sont l'alcool, le sucre, les crustacés, et les œufs à la coque. Les œufs et les crustacés sont à distinguer, puisqu'ils sont vraisemblablement inutilisés pour des raisons d'hygiène. En revanche, l'alcool, la graisse ou le sucre démontrent que les interdits font l'objet de prescriptions médicales et qu'ils correspondent à des régimes imposés.

Surtout, l'analyse de ce questionnaire révèle une frustration relative du personnel quant à la manière dont se déroule le repas. Ainsi, 32% des agents sondés s'avèrent déçus. Plusieurs raisons sont invoquées : la monotonie, le manque de souplesse et de convivialité, le manque de temps, l'absence de respect des goûts des résidents et d'écoute. La question, maintenant, est de savoir pourquoi certains membres du personnel avouent une frustration, et l'argumentent, alors que d'autres ne l'invoquent pas. On peut supposer que 67% des personnes considèrent que les conditions dans lesquelles se déroule le repas n'entament pas leur plaisir d'être avec les résidents, de même que son caractère convivial et le moment d'échange et de dialogue qu'il représente.

En conclusion, les hypothèses posées en première partie se vérifient globalement (problèmes des personnes âgées, caractère particulier du repas, absence de choix des résidents, interdits, régimes), à l'exception de celle qui concernait la non-automaticité du suivi de la prise alimentaire.

2-2-2- Analyse des entretiens des résidents

Je note d'abord le taux d'abstention très élevé aux questions 2 à 8, qui oscille entre 12,5% et 67,5% (annexe 8). Ces interrogations, concernant la prise de commande des repas, s'avèrent inadaptées au contexte de la maison de retraite de DERVAL. Les résidents semblent ne pas avoir compris le sens des questions, fait normal, puisqu'elles sont sans objet. En effet, l'enquête a été élaborée sous l'égide de la direction et en fonction de ce qu'elle avait mis en place. Une procédure spécifique concernait la prise de commande des repas. Il était de la mission des aides-soignantes qui travaillaient l'après-midi de passer dans chaque chambre afin de recenser les desiderata des résidents quant au menu du lendemain,

et de proposer éventuellement des plats de remplacement à leur goût. Il apparaît que cette procédure a été interrompue du fait d'un manque de disponibilité du personnel soignant, l'état de dépendance de la population accueillie s'étant accru fortement.

Il faut souligner également que les résidents ont une perception ambiguë du repas. Une reformulation de la question a été nécessaire car les personnes interrogées comprenaient que la demande concernait la qualité de la nourriture servie, alors qu'il s'agissait de savoir si le repas représentait un moment particulier pour elles. En fait, il est troublant d'observer la résignation ou le désabusement dont font part certains résidents, pour lesquels la prise alimentaire semble uniquement représenter la satisfaction d'un besoin physiologique, et non un plaisir. Comme le soulignent B.Fromage et T.Gourmaud⁴⁴, « la bouche devient organe d'engloutissement, première machine d'une usine à manger qui transforme au long d'un tube l'aliment ».

Le problème est que les résidents ne sont pas placés à table par affinités, et en conséquence, ils n'attendent pas ce moment avec impatience. En fait, le personnel attribue plus de symbolique au repas, alors qu'on aurait pu imaginer le contraire.

Cependant, les résidents préfèrent manger en salle avec les autres, mais là encore, les sentiments sont ambivalents. Les plaintes relatives au bruit ou aux comportements des autres personnes âgées révèlent un manque de tolérance, qui peut s'interpréter. Ainsi, « le vieux, c'est toujours l'autre »⁴⁵. En d'autres termes, les personnes âgées ne supportent pas toujours l'image que leur renvoient les autres résidents, donc elles les considèrent comme étant davantage marqués par le déclin physique qu'elles-mêmes.

Ensuite, les résidents répondent qu'ils n'ont pas choisi leurs voisins de table, et là encore, je remarque qu'ils emploient des termes impersonnels (« ils m'ont mis là, j'y reste », « on m'a changé quelquefois ».), comme s'ils étaient des objets, et comme s'ils ne pouvaient mettre un nom sur les membres du personnel. Il en résulte une impression de déni du sujet, et que l'institution est perçue comme « le plus froid des monstres froids », qu'on ne nomme pas. Implicitement, cela traduit également un refus de désigner les membres du personnel par leur nom, et donc de ne pas les considérer comme des pairs. Ceci tenterait à privilégier l'hypothèse selon laquelle les rapports seraient hiérarchiques entre le personnel et les résidents.

⁴⁴ FROMAGE B, GOURMAUD T., « L'identité du sujet âgé dans la pratique du repas en institution », *Pratiques Psychologiques*, 2000, 3,p.72.

⁴⁵ COUDIN G, BEAUFILS B. « Les représentations relatives aux personnes âgées », *Actualité et dossiers en santé publique*, n°21, décembre 1997, p.12.

Je constate que les résidents confirment les propos tenus par la moitié du personnel quant à l'absence de choix des convives de leur table et du lieu où ils souhaitent manger. Une résignation identique se révèle au sujet du choix du lieu où se déroule le repas.

L'hypothèse selon laquelle le moment du repas est propice aux revendications et à l'affirmation de son identité par la personne âgée ne se vérifie pas ici. Le silence des résidents semble dû à la peur de représailles de la part du personnel s'ils expriment leur mécontentement. Il peut aussi résulter d'un manque de confiance en soi, comme le montre ce propos : « On serait tout seul, on devrait faire la cuisine, alors on ne se plaint pas » .

Enfin, les personnes âgées interrogées ne soulèvent pas les mêmes problèmes que ceux dont les soignants ont fait état : fausses routes, constipation, apraxie, agnosie, à l'exception des difficultés de préhension des couverts. Cette différence résulte de la population interrogée. Les résidents auprès desquels ont été menés les entretiens sont ceux qui sont les moins dépendants et les moins désorientés, et en conséquence, ils ne sont pas encore confrontés à de tels problèmes.

En somme, l'analyse comparative des réponses apportées par les soignants et par les résidents révèle de nombreuses similitudes.

2-2-3- Analyse des entretiens menés auprès des cuisiniers

Je tenterai d'expliquer les divergences de vues entre le personnel des cuisines et des services de soin d'une part, et entre les cuisiniers et les résidents d'autre part.

Tout d'abord, les cuisiniers et le personnel des services constatent l'existence de régimes et d'interdits, mais ils ne sont pas du même avis quant à leur utilité. Cette différence s'explique par l'absence de culture professionnelle commune, bien que les deux corps aient une représentation semblable du repas en institution et poursuivent le but commun de satisfaire les résidents. En ce qui concerne Derval, le cloisonnement entre les services est la cause des reproches faits par les cuisiniers aux services de soins.

Ensuite, une opposition flagrante demeure entre les réponses des résidents et celles apportées par le personnel des cuisines, relativement aux revendications des personnes âgées, rares pour les uns, fréquentes pour les autres. Cela s'explique par le fait que le cuisinier veut montrer qu'il est à l'écoute. S'il affirmait qu'aucun résident ne revendiquait, cela signifierait implicitement qu'il n'y accorde pas d'attention, ou à l'inverse, que son travail n'est pas reconnu, puisqu'il ne fait pas l'objet de critiques.

Après avoir analysé la pratique du repas par le biais d'entretiens et de questionnaires, il m'apparaissait essentiel d'en faire une observation attentive, dans la mesure où les

questionnaires ne sont pas toujours représentatifs, car les réponses fournies correspondent souvent à des désirs ou à des principes, mais ne représentent pas la réalité. Par conséquent, seule une observation sur le terrain permettra de dégager les points à améliorer.

B- LA PRATIQUE DU REPAS OBSERVEE

L'établissement présenté précédemment est l'objet de l'observation qui suit. Le but est de réaliser une sorte d'audit interne de pratique du repas dans cette structure. Il s'agit donc désormais de développer d'abord la méthodologie utilisée (1) et ensuite, de mettre en exergue les problèmes soulevés par une telle organisation (2).

1- Observation in situ

La démarche mise en œuvre consiste en une observation distincte (midi et soir) des deux services de repas à la maison de retraite de Derval, l'un prenant place dans le restaurant, et l'autre dans une salle à manger du premier étage. Cette observation séparée n'est pas anodine car la population n'est pas la même en fonction du lieu de prise du repas. Le petit-déjeuner ne fait pas l'objet d'une observation car il est servi en chambre, et ne représente donc pas un moment convivial. J' examinerai en conséquence les deux volets de la prise alimentaire à Derval. L'observation sera réalisée sous une double approche : la dimension spatio-temporelle (le repas constituant un repère dans l'espace et dans le temps), et la dimension humaine (le repas représente un moment de socialisation).

1-1- L'organisation du temps de repas au restaurant

1-1-1- La dimension spatio-temporelle

D'une part, il convient de s'attarder sur l'architecture, la décoration, et l'environnement du restaurant. Celui-ci est une pièce assez étroite mais très longue, aménagée de tables rondes en bois blond, recouvertes de nappes roses et de sur-nappes bordeaux. L'espace est agrémenté de grandes baies vitrées donnant sur le parc et ornées de rideaux assortis au nappage. Un buffet de style rustique se situe à l'entrée de la pièce, celle-ci étant parsemée de claustras qui séparent les tables rondes, allant de deux à six résidents au maximum. Une cinquantaine de résidents y déjeunent et une trentaine y dînent. Les personnes âgées mangeant au restaurant sont les moins dépendantes physiquement et psychiquement, et c'est l'équipe soignante qui décide si le résident peut manger au restaurant ou s'il doit prendre son repas dans la salle à manger.

Le personnel de service porte un tablier rouge et blanc, et ses cheveux sont retenus par un serre-tête. La vaisselle est blanche, en verre épais, style bistrot, et les verres sont à pied. Une radio placée au milieu de la pièce diffuse une musique de variétés.

La cuisine est proche du restaurant, et les plats sont confectionnés sur place. Il s'agit donc d'une liaison chaude. Les mets arrivent directement des cuisines dans des chariots qui maintiennent à une température de 63°C. Ils sont préparés le jour même en semaine et à l'avance pour le week-end. Ils sont alors placés en cellule de refroidissement, qui fait descendre la température à 4 à 5° C en moins de deux heures. Ensuite, ils se conservent pendant 3 jours à compter du jour de leur fabrication. L'établissement se conforme aux prescriptions de l'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social.

D'autre part, le repas rythme la journée des résidents et il peut être décomposé en différentes étapes : attente et installation des résidents, prise alimentaire, et fin de repas.

Premièrement, le déjeuner est servi à midi, et le dîner à 18 heures 30. La salle de restaurant étant ouverte à 11 heures afin que la table soit dressée, une dizaine de personnes sont déjà assises à leur table à 11 heures 20. Les résidents qui sont en fauteuils roulants, qui doivent être «convoyés »(par le personnel ou par d'autres résidents) arrivent pour la plupart aux alentours de 11 heures 50.

Deuxièmement, le service débute à 11 heures 55 pour le déjeuner, en même temps que la distribution des médicaments par l'infirmière. Les derniers commencent leur entrée à midi. La cuisinière arrive dans les 10 minutes qui suivent avec le chariot chauffant et sert d'abord les résidents qui mangent mixé. Les personnes qui mangent «entier » sont servies à 12 heures 25, alors que les résidents ayant de la nourriture mixée ont déjà terminé. Notons que les règles d'hygiène de la liaison chaude ne sont pas respectées, puisque les derniers résidents servis ne mangent pas à une température de 63 °C, alors que la liaison chaude impose le respect de la température de 63° de la cuisson des plats à leur distribution au dernier résident.

Je décomposerai le temps de la prise alimentaire en détaillant son contenu et son contenant . Le menu du déjeuner consistait en du museau de porc ou des poireaux vinaigrette(mixés), suivis d'une potée (pommes de terre, choux, saucisse), d'un fromage, et d'un dessert sous forme de fruit, ou compote (mixés). Les résidents qui ont un menu mixé mangent la même chose que les autres, mais mouliné. La présentation et les couleurs de la nourriture mixée ne la rendent pas appétissante. Pour ce qui est du contenant, le style de vaisselle n'est pas fin et est plus proche de ce que l'on trouve dans les cafétérias que chez soi ou au restaurant. Toutefois, le service du chariot à l'assiette atténue un peu l'aspect « collectivité », car chaque résident peut demander la quantité qu'il désire. Soulignons qu'aucun couvert ni ustensile spécifique n'est utilisé, et les assiettes sont ordinaires.

Troisièmement, le repas se termine par le café à 12 heures 45, et le personnel vient chercher les résidents à 12 heures 50 afin qu'ils regagnent leurs chambres.

Le dîner se déroule différemment. Le service débute à 18 heures 15 et s'achève à 18 heures 45, et il n'y a qu'une trentaine de résidents à manger au restaurant .

En fait, l'organisation du repas apparaît chronométrée dans l'espace et dans le temps.

1-1-2- La dimension humaine

Mon observation portera d'une part sur le personnel, et d'autre part sur les résidents.

D'une part, il convient d'examiner l'effectif et le comportement des membres de l'équipe qui est présente lors du repas au restaurant. La table est dressée par un agent des services hospitaliers, aidé d'une résidente qui dispose l'eau sur les tables. Cet agent sert le repas avec l'animatrice, et un autre agent hospitalier descendu des services aide les résidents à couper leur viande. Précisons que la cuisinière vient pendant un quart d'heure servir le plat de résistance, et l'infirmière passe distribuer les médicaments pendant environ dix minutes . En conséquence, l'effectif s'élève à deux ASH et une animatrice pendant toute la durée du repas, pour une cinquantaine de résidents.

Ensuite, il semble primordial d'accorder une attention particulière aux missions et comportements du personnel. Au restaurant, la mission principale est de couper leur viande aux résidents, car ils s'alimentent seuls.

Les agents sont patients, souriants et de bonne humeur. Ils répondent aux résidents, et sont sereins, bien que très occupés. Ils paraissent connaître les goûts des résidents et les motivent pour manger. Ils sont attentifs à leurs demandes concernant la quantité des aliments servis.

Cependant, l'observation met en exergue les différences de comportements du personnel pendant le dîner. En effet, les quelques résidents en fauteuil roulant, transférés le midi dans les chaises du restaurant, sont invités à rester dans leurs fauteuils roulants le soir : « Non, Mme, le soir, vous restez dans votre fauteuil ». Soulignons de plus certaines réflexions infantilissantes : « Il n'a pas fini qu'il en veut déjà d'autre ! » (la cuisinière à un résident qui demande un supplément), ou encore : « il a les yeux plus grands que le ventre ! ».

D'autre part, il faut observer les comportements des résidents entre eux et vis à vis du personnel. Tout d'abord, les attitudes des résidents les uns envers les autres sont diverses. On remarque une agressivité de certaines personnes âgées à l'encontre des résidents qui s'expriment trop fort à table : « La ferme Michel, tais-toi ! », et des altercations entre de fortes personnalités qui n'ont pas d'affinités. Beaucoup de résidents critiquent les autres, et sont parfois moqueurs, notamment à l'égard des personnes désorientées.

Cependant, la plupart des résidents ne se parle pas. Le silence règne pendant la quasi-totalité du repas, sauf à une table ou deux où les discussions concernent la météorologie ou

les personnes qui sont absentes, et les raisons possibles de leur absence. Ce silence s'explique par le fait que les résidents ne sont pas placés par affinités. L'absence de convivialité engendre des retrouvailles à la fin du repas entre les résidents qui se sont liés. Toutefois, il existe une solidarité entre les personnes âgées, qui se traduit par de l'aide apportée par les plus alertes aux personnes qui ne peuvent se déplacer seules.

Par ailleurs, l'observation de l'attitude des résidents vis à vis du personnel révèle qu'ils sont très demandeurs. A titre d'exemple, citons une personne qui interroge l'infirmière au sujet de ses lunettes, ou une autre qui l'informe qu'elle ne veut plus prendre de médicaments. Ils sollicitent également de l'aide car certains ont des difficultés pour voir, et couper les aliments.

Les revendications sont fréquentes. D'abord, un résident se plaint auprès de l'agent hospitalier qui assure le service parce qu'elle lui donne une compote alors qu'il aurait souhaité une banane. Mais sa demande n'est pas prise en compte. Une personne dit qu'elle n'aime pas les poireaux, et une autre qu'elle ne veut pas manger. Un résident demande à l'animatrice la permission de venir au restaurant le soir.

Enfin, il semble que certains résidents veuillent attirer l'attention des personnels et se mettre en valeur, comme cette personne qui informe l'animatrice qu'aujourd'hui, c'est sa fête, et qui demande : « on se fait la bise ? ».

1-2- Le repas dans la salle à manger

1-2-1- La dimension spatio-temporelle

La salle de l'étage a une superficie d'environ 20 m², et comprend quatre tables rondes, en bois plastifié et de couleur beige. Il n'y a que quelques chaises autour des tables, et il n'y a ni nappes, ni couvert dressé.

La télévision est allumée, et la salle, sans porte, donne sur le couloir. Le personnel, qui garde sa tenue de travail, emmène les résidents juste après la toilette, c'est-à-dire vers 10 heures pour certains.

Le repas débute théoriquement à midi, mais il commence réellement à 11 heures 40, et se termine à 12 heures 20.

L'attente est très longue avant le repas, d'autant plus que contrairement aux résidents qui mangent au restaurant, cette attente est contrainte. Les personnes âgées qui prennent leur repas à la salle à manger sont soit très désorientées (démentes, malades d'Alzheimer), soit des personnes en état de grande dépendance physique. Seule une personne, très grabataire, est servie en chambre le midi, et une vingtaine de résidents le soir.

L'installation se fait pour la plupart autour des tables, pour les résidents qui sont capables de tenir leurs couverts. Les autres restent dans leur fauteuil de gériatrie et sont placés dos à la fenêtre, alignés, car la salle est exiguë.

S'agissant du contenu et du contenant de la prise alimentaire, tous les résidents mangent mixé, et boivent de l'eau (gélifiée pour certains), alors qu'au restaurant, chacun boit un verre de vin. La nourriture est sortie du chariot chauffant, et est brûlante. En conséquence, le personnel mélange tous les aliments afin qu'ils refroidissent. Je constate que le chariot reste ouvert pendant tout le repas (du potage au dessert), et que les contraintes d'hygiène alimentaire ne sont pas respectées, la température n'étant pas maintenue.

Les plats s'enchaînent sans aucun temps de pause, dans la mesure où tous les produits sont contenus dans le chariot.

Quant à la vaisselle, elle se compose d'assiettes blanches à bordures bordeaux. Les résidents ne disposent pas d'assiettes antidérapantes ou à bords hauts, ni de couverts spéciaux. En revanche, certaines personnes boivent dans des canards et les verres ressemblent à des verres de cuisine.

Sur les 18 résidents présents le jour de l'observation, la moitié est servie dans des plateaux en plastique identiques à des malles de portage de repas à domicile.

La fin du repas est bousculée car les résidents n'ont pas terminé leur café qu'ils sont déjà ramenés à leur chambre par les membres du personnel.

1-2-2- La dimension humaine

Le personnel présent est constitué de deux ASH, de deux aides-soignantes, et d'une stagiaire aide-soignante. Chacun s'entraide et fait manger les résidents. Un des agents fait le service à partir du chariot, mais ne demande pas aux résidents ce qu'ils veulent ou non. L'aide-soignante sollicite en permanence les personnes et leur montre comment tenir leurs couverts.

Il convient désormais d'analyser le comportement des soignants. Ceux-ci parlent peu aux résidents, sauf pour les inciter à manger : « il faut manger, Mme T! ». Seule une aide-soignante les stimule : « C'est bien comme ça, continuez ». La salle étant petite, tous les membres du personnel n'ont pas la place pour s'asseoir, et restent donc debout quand ils nourrissent les personnes âgées.

Le personnel se hâte, car lorsqu'une personne mange toute seule mais lentement, un agent vient lui donner. De même, le dialogue ne s'instaure pas entre les résidents et les agents, comme le démontre le fait que quand une personne âgée ne mange pas, on ne lui en demande pas les raisons, mais on lui donne directement (cela s'assimile à une becquée). Il faut constater que la communication ne s'établit qu'entre les membres du personnel, et que

les sujets de conversations sont les résidents dont ils sont en train de s'occuper, mais ceux-ci ne participent pas à la discussion les concernant.

Certaines réflexions sont infantilisantes. Citons le cas de cette résidente qui demande à boire, et à laquelle le personnel répond : « qu'est-ce qu'on dit, Simone ? », ou à la même résidente : « Simone, t'es trempée, il faut te changer ! T'as fait pipi partout ! ». Certains propos se révèlent donc à la fois infantilisants et humiliants.

L'observation souligne l'importance que revêt la parole du soignant pour les personnes âgées. Ainsi, une résidente ne voulant pas prendre sa compote, se voit opposer : « Allez, Mme B., mangez la compote, vous irez à la selle » . La résidente a alors immédiatement consommé son dessert. Cependant, l'utilisation de tels arguments par le personnel a des conséquences négatives, d'autant plus que les personnes âgées ont tendance à se conditionner, et qu'elles craignent toujours d'être exposées à des désordres intestinaux. Il est frappant de constater que les résidents paraissent conditionnés par la prise de leur médicaments, comme si ceux-ci tenaient lieu d'apéritif. Un résident refuse de commencer son repas : « mais j'ai un médicament à prendre avant de manger ! » dit-il.

En second lieu, j'observerai les comportements des résidents envers le personnel, et ensuite leur attitude par rapport à la nourriture.

D'une part, il n'y a aucune communication entre les personnes âgées, que ce soit avant ou pendant la prise alimentaire. Elles n'échangent ni un mot, ni un regard, et certaines dorment. En revanche, leurs attitudes sont beaucoup plus tranchées à l'égard des membres du personnel, certains gestes étant agressifs. En effet, une personne griffe et enfonce ses ongles dans la peau de l'aide-soignante dès qu'elle tente de lui donner à manger, et l'insulte. Une résidente crie lorsqu'un agent s'approche d'elle.

Les questions répétitives sont nombreuses et les exigences aussi : un résident demande son café en permanence du début à la fin du repas. Le personnel lui répond patiemment à chaque fois. Les revendications sont également fréquentes : « je n'aime pas le poisson, et vous m'en mettez toujours ! », « je voudrais du vin ! »

D'autre part, les personnes âgées qui prennent leur repas en salle à manger ont des troubles du comportement alimentaire. Ainsi, un tiers d'entre elles ne mangent pas sans y être incitées, et la plupart mélange les mets (la compote avec le plat de résistance, l'eau dans l'entrée). Une résidente vole la nourriture de sa voisine de table, une autre ne reste pas assise et essaie de quitter la pièce à chaque instant.

En somme, l'observation in situ fait apparaître des incohérences et contradictions avec les réponses fournies dans les questionnaires.

En effet, presque 100% des agents interrogés estiment que le repas est avant tout un moment de dialogue privilégié entre eux et les résidents, et un moment convivial pour les

personnes âgées. Dans les faits, la communication apparaît quasi inexistante entre le personnel et les résidents, et la convivialité réduite car les personnes ne sont pas placées par affinités. Précisons également qu'au restaurant, le seul moment qui serait propice à l'échange est celui qui suit le service du plat de résistance, période justement choisie par le personnel pour s'éclipser.

De plus, le personnel de la maison de retraite de Derval a évalué la durée du repas à plus de 45 minutes (pour 6 d'entre eux), ce qui ne se vérifie que partiellement. Cette affirmation est exacte pour les résidents qui mangent au restaurant, mais fautive pour ceux qui prennent leurs repas dans la salle à manger de l'étage.

La question du suivi de la prise alimentaire (les sept agents de l'établissement ont répondu qu'il existait) pose également problème vis à vis des résidents qui déjeunent et dînent au restaurant. Ainsi, on se rend compte qu'à chaque table, un convive débarrasse les assiettes des autres, et il est donc impossible de savoir avec certitude qui a mangé ou pas. Ensuite, la longueur de la pièce fait obstacle à une vigilance de tous les instants, d'autant plus que les effectifs présents ne sont pas suffisants pour avoir une vision d'ensemble. On peut supposer que le personnel a répondu par l'affirmative car il entendait l'expression employée par les fiches de suivi pour les sujets « à risque », qui existent effectivement.

Finalement, les agents questionnés répondent unanimement qu'ils connaissent les goûts et les dégoûts des résidents, alors que certaines personnes âgées se plaignent pendant le repas que les mets proposés ne correspondent pas à leurs goûts, et que le personnel a semblé surpris.

2- Les problèmes soulevés : le directeur, à l'articulation des exigences de qualité du repas et d'organisation du travail

Le directeur se doit d'être le garant d'un repas de qualité dans son établissement, mais il est confronté à un obstacle: l'articulation difficile entre la qualité du repas des résidents et l'organisation du travail du personnel. Cette difficulté engendre pourtant des conséquences préjudiciables pour les résidents.

2-1- La délicate articulation entre organisation du travail et qualité du repas

Je supposerai ici qu'un repas est de qualité s'il procure du plaisir aux résidents. Selon Brillat-Savarin⁴⁶, le plaisir de la table est certain, si « on réunit les quatre conditions suivantes : chère au moins passable, bon vin, convives aimables, temps suffisant ».

⁴⁶ Physiologie du goût, Flammarion, 1982, Paris, 399 pages.

Or, il convient de constater qu'au moins deux de ces conditions ne sont pas remplies à la maison de retraite de Derval. En effet, comme je l'ai remarqué précédemment, la convivialité(ensemble des rapports favorables des personnes d'un groupe social, entre elles et face à ce groupe) semble absente du moment du repas, ainsi que le temps.

Ce ne sont pas des contraintes d'hygiène qui font obstacle à la convivialité (voir les entretiens réalisés auprès des cuisiniers), ni à la réalisation d'une cuisine satisfaisante pour les résidents, mais l'organisation du travail.

2-1-1- Des conditions de travail non satisfaisantes

Tout d'abord, certains faits observés laissent à penser que les conditions de travail du personnel ne sont pas optimum. Il semble d'abord que la gestion des plannings ne permette pas d'accorder au repas le temps qu'il mérite. Les horaires sont mal adaptés à un repas de qualité. Les agents qui font un horaire en coupé terminent leur service à 13 heures, ce qui explique que les résidents soient ramenés le plus rapidement possible à leur chambre après le repas, car le personnel étant restreint l'après-midi, il a besoin de l'aide des agents du matin. D'ailleurs, les aides-soignantes et agents des services hospitaliers qui travaillent la matin finissent leur service à 15 heures, la demi-heure de repas y étant incluse. Cela signifie qu'ils déjeunent à 13 heures 30, et ce juste après le repas des résidents. Cet horaire de repas paraît inapproprié, car le personnel est pressé d'aller manger lorsque le repas des résidents touche à sa fin, d'autant plus que les transmissions ont lieu après le déjeuner et avant le départ de l'équipe du matin.

Ensuite, le déploiement des effectifs pendant le repas des personnes âgées n'est pas suffisant. A l'exception de l'animatrice et d'une ASH de la cuisine, aucune personne n'est officiellement détachée des services pour aider au repas dans le restaurant ou dans la salle à manger. En d'autres termes, tous les agents ne se rendent pas disponibles pour le moment du repas, alors que l'effectif à midi est identique à celui du matin. L'ambiance de travail peut être à l'origine d'une telle démotivation ou de ce manque d'intérêt vis à vis du repas des résidents. Lors du dernier comité technique paritaire, le personnel a souligné qu'il souffrait d'un manque de reconnaissance de la part de la direction. En outre, l'ambiance est conflictuelle au sein des services, et très clanique. Certains agents sont accusés d'être les espions de la direction.

Enfin, les conditions de travail du personnel ne sont pas servies par l'architecture des bâtiments. Le restaurant est très étroit et s'étend sur une longueur de 50 mètres environ, ce qui occasionne de nombreux déplacements, et ce qui empêche les agents d'avoir une vision globale de tous les résidents. La circulation du chariot est difficile du fait de l'étroitesse de la pièce, donc il reste au milieu du restaurant, et les agents se déplacent vers les tables. Dans la salle à manger, le personnel reste debout, ce qui accroît la pénibilité du moment du repas.

2-1-2- Une organisation des soins dont le repas n'est pas la priorité

Le repas et la nutrition des personnes âgées ne font pas partie des orientations du projet de soins, et aucun suivi systématique du poids n'est assuré. Seuls deux résidents font l'objet d'un suivi quotidien des ingestas alimentaires, ceux-ci étant grabataires et en fin de vie. Une aide-soignante a confié, pendant l'observation du repas, qu'aucune pesée n'était effectuée régulièrement, et qu'une éventuelle perte de poids était repérée lors de l'habillage en fonction de la taille des vêtements. Elle a également confié que le personnel avait songé à mettre en place une procédure de tare systématique, mais que cela n'avait pas été concrétisé.

De plus, il semble que le risque de malnutrition qui menace les personnes âgées soit mésestimé par les infirmières et par les agents. Les infirmières ont été sollicitées pour cette recherche. Le but était de recenser les résidents qui étaient atteints de la maladie d'Alzheimer, ceux qui portaient des prothèses dentaires, qui avaient des escarres, et les hospitalisations éventuelles dues à un phénomène de malnutrition. Il a été impossible d'obtenir des réponses à ces questions, et c'est pour cette raison qu'aucune donnée sur ce point n'est fournie ici. La dernière requête était vouée à un refus, puisqu'une réponse précise impliquait la connaissance d'un problème de malnutrition auquel il n'aurait pas été remédié, et donc une faute ou une négligence. Cependant, l'abstention au sujet des autres demandes démontre qu'aucune prévention de la malnutrition n'est organisée. Certains éléments sont même problématiques. En effet, sur 80 résidents, seuls 25 mangent « entier », et la majorité mange « mixé » car ils ne sont pas appareillés, ou par gain de temps. Deux résidents, âgés respectivement de 58 et de 65 ans, mangent mixé à la maison de retraite, et entier en vacances. Le dentiste de Derval n'est pas sollicité par le personnel soignant, et sa visite dans l'établissement est rare. Les résidents qui souffrent d'un problème bucco-dentaire vont le voir en cas d'urgence.

Notons que les médicaments sont distribués en début de repas pour des raisons d'horaires de l'infirmière, mais qu'une aide-soignante pourrait les délivrer aux résidents, dès lors qu'ils ont été préalablement conditionnés par l'infirmière. Cela éviterait qu'ils ne coupent l'appétit aux résidents.

2-1-3- Une absence de coordination entre les services

L'observation et les entretiens réalisés révèlent une absence de coordination, de concertation, et de communication entre les services. Le manque de coordination concerne les relations cuisines/ services de soins. L'équipe soignante décide du lieu où mangent les résidents (en chambre, en salle à manger, ou au restaurant), et une fiche de liaison a été conçue afin qu'y soient répertoriés les noms des résidents, les lieux où ils mangent, les

changements de régimes, les absences et les hospitalisations. Toutefois, les entretiens menés auprès des cuisiniers ont fait ressortir des problèmes de coordination. Ainsi, les noms des résidents qui ne mangent pas au restaurant (la décision est prise en fonction de l'état de santé de la personne âgée) sont parfois communiqués trop tard, ou une mauvaise circulation de l'information crée des malentendus. Ces défauts de coordination ont un coût : gaspillage de nourriture lorsqu'une personne est hospitalisée ou absente sans que les cuisiniers ne soient prévenus, et perte de temps pour le personnel des cuisines (en discussions, en préparation du plateau).

Ensuite, l'élaboration des menus ne se fait pas avec les cuisiniers et les soignants, ce qui engendre un sentiment de frustration du personnel de cuisine. Pour finir, le réseau de communication connaît certains dysfonctionnements : le fort cloisonnement entre les services de soins, d'une part, et les services généraux, d'autre part, rend la transmission de l'information délicate et parfois même erronée.

Ces dysfonctionnements lors du repas ont un retentissement certain sur les résidents.

2-2- Les retombées : une qualité de repas amoindrie

Les problèmes soulevés précédemment relèvent de la gestion des ressources humaines et de l'organisation du travail, mais ils ont des conséquences sur la qualité du repas servi aux résidents.

2-2-1- La convivialité oubliée

L'organisation des soins et les régimes suivis par les résidents imposent qu'ils ne changent jamais de place à table, et qu'ils soient placés en fonction de leur arrivée à la maison de retraite. Le moment du repas ne constitue pas alors un moment de plaisir, mais un instant de socialisation forcée. L'observation in situ a fait apparaître que les résidents descendent par affinités au restaurant, qu'ils se séparent, et s'en vont de nouveau rapidement avec leurs amis. En fait, l'heure du repas s'écoule en grande partie dans un silence religieux.

L'aspect convivial réside aussi dans la possibilité de partager le même repas en même temps, ce qui ne se réalise pas dans les faits, car les personnes qui mangent « mixé » sont servies d'abord, et elles ont presque terminé leur assiette lorsque les autres entament la leur.

J'ai remarqué de plus que la liberté individuelle des résidents est parfois laissée de côté. Certaines personnes âgées, qui demandent à venir manger au restaurant le soir se voient refuser cette possibilité, ce qui les prive d'un moment de socialisation à l'occasion du dîner.

La convivialité consiste aussi dans la relation que les personnels entretiennent avec les résidents pendant le repas. Celle-ci semble satisfaisante au restaurant, mais pas en salle à manger. Cet état de fait peut s'expliquer. La majorité des résidents qui mangent en salle sont

atteints de démence, et le moment du repas constitue un instant pénible et anxiogène pour eux, mais aussi pour les agents, et l'alimentation de la personne âgée tend alors à se résumer à une tâche, et non à un soin. Le résident n'est plus un sujet avec lequel on échange, mais devient un objet, dans un mécanisme de protection contre l'image de la déchéance physique que renvoie la personne âgée.

2-2-2- Le rythme de vie du résident non respecté

Un repas de qualité implique un temps suffisant pour que les résidents aillent à leur rythme. Néanmoins, leur rythme n'est pas celui du personnel, et là réside toute la contradiction. En effet, la maison de retraite est lieu de vie pour les résidents, et lieu de travail pour le personnel. Celui-ci a sa vie à l'extérieur, et est présent tout au plus huit heures cinq jours par semaine, et son temps n'est pas identique à celui des résidents, qui n'ont que peu de rapports avec l'extérieur. On se rend d'ailleurs compte que les horaires des repas n'ont pas cessé de reculer dans notre société, alors qu'on les voit s'avancer en maison de retraite, pour des impératifs de conditions de travail du personnel.

Bernadette PUIJALON⁴⁷ constate que le temps du personnel est rémunéré, alors que le temps des résidents est du temps de vie, qui ne s'estime pas en argent. En somme, le travail doit être effectué rapidement, et le repas doit être servi aussi vite que possible. Cette réalité est accentuée par l'insuffisance d'effectifs. Toutefois, le rythme de travail doit tenter de s'adapter aux besoins de la population accueillie. Le temps de repas des résidents est compté, surtout le soir, car il se tient juste avant le coucher, et le personnel de jour a hâte de terminer sa journée. L'observation a révélé que ce temps de repas est encore plus réduit pour les résidents qui mangent en salle à manger et qui sont très dépendants, puisqu'ils se restaurent en 40 minutes le midi, et en moins de 30 minutes le soir. Cela s'explique par le fait que les agents les alimentent, et cela est plus rapide.

2-2-3- Une indépendance peu préservée

Force est de constater que le manque de temps, de formation, et les comportements du personnel ne favorisent pas le maintien de l'autonomie physique dans l'acte du repas. J'ai constaté que certaines personnes âgées mettaient du temps, mais qu'elles parvenaient à s'alimenter seules, parfois avec les doigts. Toutefois, l'attitude la plus fréquente des agents consiste à leur donner une cuiller pour qu'elles mangent seules, ou à les assister et à leur

⁴⁷ PUIJALON, Bernadette, La parole des vieux, Dunot, Paris, 1997, page 57.

donner eux-mêmes à manger. Une étude récente ⁴⁸ a démontré que l'instauration d'une alimentation à la cuiller sans processus de décision est inopérante. Une alimentation à la cuiller appliquée à un résident qui peut s'alimenter seul ne peut que conduire « à sa dépendance et le mettre face à ses incapacités ». ⁴⁹ Une amélioration de la prise alimentaire a été remarquée chez des personnes âgées qui mangent avec les doigts. Les personnes les plus dépendantes physiquement ne disposent pas d'assiettes spéciales à bords hauts et antidérapantes qui leur faciliteraient la prise alimentaire. L'établissement possède quelques cuillers à manche flexible, mais aucune fourchette ni couteaux adaptés aux problèmes des résidents, ce qui favorise l'acte de nourrir au lieu d'aider à se nourrir. Il faut tout de même souligner que le ratio de personnel étant faible, l'aide donnée s'assimile plus à la « becquée » qu'à un apprentissage. Cependant, l'attitude des agents peut s'expliquer par leur désir d'être considérés comme de bons professionnels s'ils arrivent à donner tout le contenu de son assiette au résident.

L'observation du temps du repas à Derval met en exergue certains dysfonctionnements. Toutefois, les moyens ne manquent pas pour les résorber, et il convient donc de les développer et de les mettre en œuvre.

III- PROPOSITIONS

Les propositions qui suivent ne sont pas fondées sur un changement profond de l'organisation du travail. En effet, même si les problèmes soulevés font apparaître une organisation des soins peu adaptée et plus globalement une organisation qui privilégie les conditions de travail du personnel au détriment de la qualité du repas des résidents, il n'est pas opportun de modifier brutalement les pratiques. D'abord, il semble que la volonté de changement du personnel ne soit pas acquise. Les essais de mise en place d'une nouvelle organisation du travail par la direction se sont heurtés à des résistances très vigoureuses, et les relations tendues entre la direction et le personnel des services sont un frein à toute progression dans une démarche quelconque. L'objectif de mes propositions sera donc de tenter de fédérer le personnel autour d'un projet constructif et sur un terrain un peu moins sensible, le repas, mais stratégique puisqu' à travers son évaluation et sa promotion, il sera envisageable de toucher au champ de l'organisation en général, le repas se situant à la jonction des fonctions hôtelière, soins, et d'animation.

⁴⁸ 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, N° 64, mars 2001, page 6 et 10.

⁴⁹ Idem, page 6.

Je proposerai donc en premier lieu une évaluation de la qualité du repas à Derval (A), et en second lieu, de redonner du sens au moment du repas (B).

A- Evaluation de la pratique du repas à la Maison de Retraite de Derval

J'opterai pour une auto-évaluation afin de fédérer le personnel autour d'un projet, plutôt que de faire appel à un organisme extérieur, sachant que des groupes de travail avaient déjà été constitués en vue de l'élaboration du projet institutionnel, mais qu'ils ont été interrompus. La venue d'une personne extérieure ne sera pas un gage de réussite à Derval, plusieurs projets ayant avorté, le personnel estimant que l'intervenant n'était pas neutre et impartial. La démarche d'auto-évaluation devra prendre en compte ces données et la direction se devra de garantir aux agents que leur réflexion verra un aboutissement concret et durable.

L'auto-évaluation sera réalisée à l'aide de référentiels. La question est de savoir lesquels : certains référentiels sont disponibles à Derval (1), mais sont-ils adaptés à l'établissement (2)?

1- Les référentiels utilisés à Derval et leurs limites

Deux référentiels sont actuellement en possession de la direction : l'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE, élaboré par la mission Marthe, et les référentiels des départements voisins.

1-1- L'outil ANGELIQUE (annexe N°9)

L'utilisation d'ANGELIQUE a été motivée par des raisons externes et internes à l'établissement.

Au préalable, il faut préciser que la maison de retraite de Derval s'est engagée dans une démarche d'amélioration de la qualité depuis 2000 dans le but de signer les conventions tripartites, théoriquement en avril 2001. L'objectif affiché est donc de répondre aux recommandations du cahier des charges de l'arrêté du 26 avril 1999. La situation de l'établissement est spécifique, puisqu'il a opté en 1999 pour une tarification différenciée, en application de laquelle les résidents dont l'état de dépendance a été déterminé en GIR 1,2 et 3 paient le prix de leur dépendance en sus du tarif d'hébergement.

Les raisons externes sont de pouvoir répondre à la concurrence des maisons de retraite privées du département de Loire-Atlantique, qui sont proches de Derval et qui ont d'ores et déjà récolté des clients. En outre, l'établissement est confronté à la concurrence des structures, même publiques, du département d'Ille-et-Vilaine, qui ne sont pas encore entrées dans la nouvelle tarification et dont les résidents ne paient que le tarif hôtelier, sans surcoût lié à la dépendance.

Je pense que le repas apparaît comme un bon outil concurrentiel et un moment sur lequel il convient d'insister, car c'est souvent sur la prestation hôtelière que le choix des futurs résidents s'opère, la nourriture étant un plaisir qui peut se partager avec les proches quand ils viennent rendre visite à leur parent. Le fait que la cuisine soit préparée sur place à Derval constitue un atout supplémentaire. Il est plus facile pour des futurs entrants de juger la qualité du repas que celle des soins, même si un problème médical ou d'aggravation de la dépendance est souvent à l'origine de l'entrée en institution.

La signature des conventions tripartites, et en conséquence la démarche qualité engagée, devaient être un moyen de faire venir des personnes âgées à la maison de retraite.

Des raisons internes ont également présidé à la possession d'Angélique, cet outil n'étant qu'un moyen de parvenir à la signature des conventions tripartites. L'objectif visé par cette signature est d'obtenir des crédits pour financer des effectifs supplémentaires, effectifs qui dépendraient désormais de l'état de dépendance de la population accueillie, et non plus d'un ratio déterminé en fonction du nombre de lits. La signature de la convention était aussi l'occasion de revoir l'organisation du travail. C'est pour cette deuxième raison que la signature n'a pas pu avoir lieu, le dossier n'étant pas prêt.

-Critique d'ANGELIQUE

L'outil d'auto-évaluation ANGELIQUE est donc celui qui s'applique normalement aux EHPAD lorsqu'ils débutent une démarche d'amélioration continue de la qualité, et il comprend un volet relatif à la restauration(annexe 9). Justement, il convient d'y apporter quelques critiques.

D'une part, ANGELIQUE présente des avantages, car elle se présente sous forme interrogative, sans caractère normatif. La démarche est donc intéressante car le questionnement permet une réflexion et une prise de conscience, voire une remise en cause des pratiques. Elle est également enrichissante au sein de groupes de travail si l'animateur l'utilise comme cadre pour un « brainstorming ». De même, les questions posées en amènent d'autres, et dans ce cas, ANGELIQUE est réellement un outil constructif. Le questionnement peut aussi être perçu comme un bon point de départ à l'élaboration de ses propres références par l'établissement.

En outre, l'auto-évaluation ainsi réalisée favorise le dialogue au sein de l'institution, notamment sur ce que les agents considèrent comme des points forts ou des points faibles, et sur la fixation d'objectifs. Il s'agit d'une démarche progressive et prospective, qui est l'occasion pour le personnel de mener une réflexion constructive sur les projets à mettre en place, tout en déterminant un calendrier des objectifs à atteindre.

Ensuite, la grille d'auto-évaluation mentionne des indicateurs ou des sources d'informations, ce qui semble primordial dans la mesure où l'on constate parfois que le personnel ne sait

pas toujours où aller chercher les informations ou encore quelles sont les informations qui doivent être contenues dans tel ou tel document. Ces indicateurs apparaissent comme d'autant plus importants à Derval que l'information circule très difficilement entre la direction et le personnel.

L'analyse d'ANGELIQUE révèle qu'elle est un outil intéressant de par sa conception générale, mais il convient désormais de voir s'il est adapté au repas.

D'autre part, les limites de cet outil d'auto-évaluation sont nombreuses, le rendant peu adapté à la pratique du repas à Derval. Il semble manquer d'exhaustivité et occulter des questions primordiales, telles que la durée des repas, l'amplitude horaire entre les différents repas de la journée (mention du délai entre la fin du dîner et du petit-déjeuner), l'existence d'une aide ou non pendant les repas pour les résidents qui ne peuvent s'alimenter seuls, sur la formation des personnels en matière de nutrition des personnes âgées, alors qu'un questionnement à ce sujet aurait permis une prise de conscience des enjeux du repas pour les résidents. Ensuite, un des aspects de la convivialité n'est pas pris en compte : l'aménagement des lieux de repas, la possibilité ou pas de recevoir des proches à manger dans un lieu préservant l'intimité. Enfin, rien n'est indiqué quant à l'hygiène personnelle des agents au moment du repas.

Il convient toutefois de nuancer ces remarques. En effet, ANGELIQUE n'est pas une norme, mais un outil d'auto-évaluation, et son absence d'exhaustivité peut être perçue comme une volonté de laisser libre cours à d'autres questionnements, qui incluraient probablement les remarques ci-dessus. Néanmoins, une auto-évaluation peut-elle être considérée comme efficace si elle comporte le risque d'être incomplète ?

1-2- Les référentiels des départements voisins (annexe 10)

Deux référentiels sont utilisés à la Maison de retraite de Derval. Il s'agit du référentiel d'Ille-et-Vilaine (département limitrophe) et du référentiel du Finistère. Le référentiel d'Ille-et-Vilaine est en général très utilisé par les directeurs d'établissements des départements bretons, dans la mesure où il a été élaboré par des professionnels et les autorités de tutelle. En somme, il fait autorité. Le référentiel du département du Finistère est employé ici à titre de comparaison et d'outil .

- Critiques des référentiels

En premier lieu, le volet repas du référentiel d'Ille-et-Vilaine présente l'avantage de mélanger les questions et les références, ce qui allie le caractère interrogatif au caractère normatif. En revanche, les références énoncées sont peu adaptées aux contraintes des établissements. A

titre d'exemple, citons la norme qui prévoit que la plage horaire du petit-déjeuner doit être de deux heures, ce qui s'avère impossible à Derval du fait des effectifs insuffisants et des toilettes de plus en plus nombreuses eu égard à l'aggravation de l'état de dépendance des résidents.

En outre, je remarque qu'aucune référence n'est relative au suivi de la prise alimentaire, ni aux effectifs nécessaires pendant le repas en fonction des pathologies rencontrées, ainsi que sur leur qualité.

En second lieu, le paragraphe « restauration » du référentiel du département du Finistère semble particulièrement adapté à l'évaluation de la pratique du repas à Derval. Il apparaît comme exhaustif, puisque ses références sont décomposées en : locaux, horaires, repas (contenu et qualité, amplitude et rythme, aide à la personne et hygiène). Il concerne ainsi tous les aspects du repas et fixe des objectifs généraux de départ (plaisirs de la table, maintien d'une vie sociale et des repères, prévention de la dénutrition, cuisine locale et familiale), et des objectifs de progrès. Il fait également référence à une possibilité de choix laissée aux résidents du lieu dans lequel ils souhaitent manger. Ensuite, la démarche est intéressante car simple. Elle se compose de références, d'indicateurs, d'un état des lieux (existe ou pas), suivi des objectifs de progrès. En fait, ce référentiel semble être un point de départ satisfaisant et approprié à une auto-évaluation dans l'établissement terrain de stage.

Il faut également noter que le référentiel élaboré par l'ANAES, même s'il est destiné à l'accréditation des établissements sanitaires, comporte des références qui peuvent se voir transposées pour l'évaluation de la pratique du repas en EHPAD. La référence 3 du chapitre Gestion des Fonctions Logistiques stipule que : « la fonction restauration respecte les règles d'hygiène, l'équilibre nutritionnel, et recherche la satisfaction des consommateurs »

Les détails de cette référence sont parfaitement transposables dans le cadre d'une maison de retraite, notamment le n°3 d, selon lequel « les secteurs de production des repas veillent, en relation avec les secteurs d'activités cliniques, à ce que la prestation restauration réponde aux besoins et attentes des patients (variété des menus, horaires et température des repas, etc ».

En conclusion, les référentiels examinés précédemment comportent les limites de tous les référentiels, et notamment leur inadéquation avec le contexte de chaque établissement. Il faut donc les adapter ou élaborer de nouvelles pratiques locales.

2- Le choix d'un modèle de référentiel adapté à l'établissement

Afin que l'évaluation soit efficace et constructive, elle doit se baser sur un référentiel qui colle au plus près des réalités de l'établissement. Néanmoins, il existe un pré-requis à la mise en

Aude-Cécile PAJOT-PHILOUZE - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

œuvre de cette évaluation à Derval : il s'agit d'aller vers une conception nouvelle de la prise en charge des résidents. Ensuite, il conviendra d'élaborer un référentiel ad hoc.

2-1- Vers une nouvelle conception de la prise en charge des résidents

La maison de retraite publique de Derval s'est appelée Hospice St Michel jusqu'en 1983, et l'image de l'hospice est restée gravée dans les esprits des résidents et des résidents potentiels, de même que dans celui des habitants des communes voisines. De plus, la plupart des membres du personnel étaient déjà salariés de l'établissement il y a 20 ans, et les mentalités sont difficiles à changer. A titre d'anecdote, notons que la maison de retraite reçoit encore des lettres libellées à l'attention de l'hospice. Il convient donc dorénavant de considérer le résident comme un client et un consommateur, et d'élaborer un référentiel repas basé sur des besoins et des attentes préalablement définis.

D'une part, le résident doit être considéré comme un client et un consommateur. Le terme résident est désormais utilisé par la majorité des membres du personnel de la maison de retraite. Cependant, l'établissement étant médicalisé et accueillant une population très dépendante, les agents sont enclins à les désigner par le terme de patients. Comme le souligne Gilbert Racine⁵⁰, « dans un certain nombre d'institutions publiques médicalisées, l'accent étant mis sur les soins de nursing, les traitements médicaux et paramédicaux, à tel point que les personnes âgées sont souvent désignées par le terme de « malades » ou de « patients », et non pas des résidents ».

Le problème est donc que le modèle hospitalier prévaut encore dans les établissements médico-sociaux. On parle alors d'usager, et non de client ou de consommateur, ces termes étant associés à tort à l'idée de but lucratif et de logique commerciale. Il faut remarquer qu'il s'agit là d'un problème de culture du service public. Or, la notion d'usager, qui signifierait que le résident est dans une position légale et réglementaire, et qu'il doit accepter les modifications imposées par le service public, se trouve en contradiction avec la signature du contrat de séjour, document théoriquement contractuel et dont les modifications devraient faire l'objet d'un avenant signé par les deux parties, et qui place le résident en position de client.

Il apparaît comme primordial, à Derval, de replacer le résident en tant que client au centre du service rendu. Faire du résident un client lui rend, en quelque sorte, son statut de personne qui paie pour obtenir des prestations de qualité. En outre, la notion de personne est parfois niée, comme nous l'avons développé précédemment, notamment lorsque le personnel part du principe que les résidents ne sont plus aptes à prendre des décisions ou à faire des choix les concernant.

⁵⁰ RACINE Gilbert, « La démarche qualité dans les EHPAD », Berger-Levrault, avril 2000, page 21 .
Aude-Cécile PAJOT-PHILOUZE - Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique - 2001

C'est pour cette raison qu'il convient de reprendre les groupes de travail constitués en vue de l'élaboration du projet institutionnel, qui ont été interrompus faute de temps suffisant. Un de ces groupes avait réalisé un état des lieux de la procédure d'accueil. Il faut maintenant développer un recensement plus détaillé des habitudes de vie des résidents, de leurs goûts et dégoûts, de leur biographie, voire d'instituer une pré-visite à domicile, réalisée par l'animatrice ou un emploi-jeune, afin d'avoir une connaissance plus approfondie du futur résident, et de le rencontrer dans un milieu qui est le sien.

Finalement, il importe de faire prendre conscience que le résident est le but du travail, et que l'institution est là pour le servir, d'où l'importance de connaître ses besoins. Selon Gilbert RACINE,⁵¹ « la valeur technique d'un EHPAD est certes fonction de ses équipements [...], mais aussi de l'implication du personnel, donc de services-actions ». Il cite l'exemple du cuisinier, qui, même si son rôle est de fabriquer un repas, doit accepter les plaintes des résidents, et chercher à en connaître les causes. Selon lui, « l'esprit de service du personnel à l'égard des clients » consiste à : « placer le client au centre de toutes les activités, établir et maintenir le contact avec les clients, offrir une qualité de vie contribuant au bien-être de l'utilisateur, présenter, en cas d'incident, une information ou une solution de remplacement quasi immédiate, de rester disponible en récupérant et en prenant de la distance par rapport à un vécu quotidien stressant et usant ».

Le directeur, en tant que représentant de l'institution, doit être le porte-parole des valeurs qu'elle se donne. Il conviendra donc, cette prise de conscience d'une culture et de valeurs communes n'ayant pas été faite, d'engager une démarche en ce sens, peut-être par l'élaboration d'une charte de comportement à l'égard des résidents ou d'un référentiel métier pour chaque catégorie de personnel, ou encore en tentant de développer un sentiment fort d'appartenance à l'institution : fête anniversaire annuelle, ou les 20 ans de la maison de retraite en 2003, pour retracer ainsi l'histoire de l'établissement.

D'autre part, il conviendra d'élaborer un référentiel repas qui se fonde sur des besoins et des attentes préalablement définis. En effet, l'analyse des référentiels actuels révèle un problème d'inadéquation de ceux-ci aux besoins des établissements du fait de leur approche trop globale et non individualisée. En conséquence, je ferai appel aux quatorze besoins définis par V. HENDERSON, qui serviront de base à la conception d'un référentiel repas : « respirer, boire /manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, maintenir la température corporelle dans les limites de la normalité, être propre, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se recréer, apprendre »⁵². Il semble également incontournable de faire référence à

⁵¹ RACINE Gilbert, La démarche qualité dans les EHPAD, Berger-Levrault, Paris, avril 2000, page 54.

⁵² Idem, page 54.

la pyramide de A. Maslow, qui décrit et hiérarchise cinq besoins fondamentaux : besoins organiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime, de réalisation de soi.



Ces besoins doivent toujours être gardés à l'esprit au moment de l'élaboration du référentiel repas.

Le problème sera donc de connaître les besoins des résidents. Pour ce faire, G. Racine, a élaboré un référentiel des besoins, OSCAR, qui paraît être un point de départ satisfaisant à Derval, afin d'effectuer un état des lieux et une mise à plat des connaissances sur les personnes âgées. Le référentiel repas devra donc être conçu à la lumière de la grille OSCAR(organique, sécurité, communication, appréciation, réalisation de soi). Nous retiendrons, sur le plan organique, qu'une personne âgée « a besoin de ressentir du bien-être physique par un bon confort hôtelier, par une prise de repas satisfaisant ses goûts et habitudes alimentaires, malgré ses handicaps et ses problèmes de santé, par des contacts physiques agréables ».⁵³

De même, « au plan de la sécurité, une personne âgée a besoin de vivre à son rythme sans être trop bousculée par des soignants souvent pris par le temps, de disposer de repères spatiaux et temporels [...] ».⁵⁴

La question est maintenant de savoir comment recenser les désirs et attentes des résidents vis à vis du repas. Il semble que des enquêtes de satisfaction sur des éléments précis du repas réalisées périodiquement soient de bons indicateurs des besoins et attentes des résidents et des familles.

En outre, le plan de formation 2001-2003 doit comprendre un volet sur l'alimentation et la nutrition des personnes âgées. J'ai soulevé précédemment un manque de dialogue et de

⁵³ RACINE Gilbert, La démarche qualité dans les EHPAD, Berger-Levrault, 2000, page 54

⁵⁴ Idem, page 54.

coordination entre les services de soins et les services cuisine, problème qui pourrait être atténué par une action de formation sur la nutrition des personnes âgées faite en interne, et qui rassemblerait les cuisiniers, les infirmières diplômées d'Etat, et quelques aides-soignantes volontaires. Cette action serait fédératrice et permettrait de remédier aux dysfonctionnements tout en dessinant des objectifs communs aux personnels quant au repas.

Enfin, la maison de retraite de Derval emploie un médecin coordonnateur ayant une capacité en gériatrie et très intéressé par les problèmes de nutrition des résidents. Il apparaît donc souhaitable que tout projet ou idée initiée dans ce domaine soit une compétence partagée entre ce médecin et la direction. En effet, il convient d'ériger la prévention de la malnutrition en priorité institutionnelle, et le médecin coordonnateur devrait pouvoir faire le lien entre les services de soins et la direction.

2-2- Vers l'élaboration d'un référentiel de pratiques locales

En premier lieu, je m'inspirerai des référentiels de certification de services et de celui de la FNEAPAD (fédération nationale des établissements d'accueil pour personnes âgées et dépendantes) (annexe 11).

Ces référentiels, élaborés par les associations de professionnels du secteur privé, présentent plusieurs avantages.

D'abord, ils détaillent les différentes phases du repas : organisation, hygiène, et convivialité. En outre, ils abordent le recueil des goûts des résidents, le renouvellement des menus (au minimum sur trois semaines), les pathologies, l'aide pendant les repas, la courtoisie du personnel, et enfin les dispositifs d'évaluation de la qualité. En cela, il convient de les utiliser comme trame pour l'élaboration du futur référentiel repas à la maison de retraite de Derval.

En revanche, ils comportent des lacunes relatives aux horaires des repas (non recommandés), à la formation du personnel, préconisent une amplitude trop importante entre le dîner et le petit-déjeuner (au maximum 14 heures), et occultent les références concernant le choix des résidents.

Ces référentiels s'avèrent plus complets que ceux élaborés dans la fonction publique hospitalière. Néanmoins, il ne faut pas perdre de vue qu'ils ont été conçus dans une logique lucrative, et que les moyens financiers mobilisables ne sont pas toujours identiques à ceux du secteur non marchand. De plus, ils sont satisfaisants en ce qui concerne le repas car beaucoup d'établissements privilégient une prestation hôtelière de grande qualité, mais parfois au détriment des soins. Ensuite, ils disposent d'une plus grande flexibilité de personnel, qui n'est pas soumis au statut de la fonction publique hospitalière.

En somme, ils seront d'une grande aide en matière de prestations hôtelières, mais il conviendra de les utiliser en complément du référentiel du département du Finistère par exemple.

Enfin, les normes ISO 9000 apporteront une aide pour l'organisation et la mise en place du système qualité.

En second lieu, les référentiels existants présentant des lacunes, il apparaît désormais primordial de concevoir un guide des bonnes pratiques du repas à Derval. L'objectif annoncé est de concevoir un référentiel qui servira de base à l'évaluation du moment du repas.

Bien que l'auto-évaluation doive se faire ensuite sans intervention extérieure, il est préférable, dans l'établissement concerné, de faire appel à un consultant qui se chargera de mettre en adéquation les référentiels ci-dessus mentionnés avec les spécificités de la structure. Ainsi, le document rédigé correspondra aux pratiques locales et le personnel pourra y adhérer plus aisément. En outre, le contexte social particulier de Derval se prête à la venue d'une personnalité extérieure, dont la position sera neutre et qui constituera un groupe de pilotage et des groupes de travail homogènes pour réaliser un guide des bonnes pratiques relatives au temps du repas.

Le repas représentant une fonction au croisement de l'hôtellerie, du soin, et de l'animation, les agents de ces trois sections sont concernés. La question est de savoir si le consultant extérieur fera appel ou non au volontariat pour la constitution des groupes. Le volontariat présente l'avantage de créer une émulation et de concevoir des groupes de personnes motivées. Mais la motivation ne préjuge pas de la qualité du travail réalisé, ni de son efficacité. Certaines personnes sont toujours enthousiastes pour mettre en place des projets, mais elles ne sont pas forcément constructives.

Concevoir des groupes arbitrairement en fonction des compétences de chacun comporte le risque de freiner et de bloquer certains agents réfractaires à toute participation, mais sera un gage d'homogénéité et d'efficacité. Et il faut constater que ce sont souvent les agents en opposition au départ, qui s'avèrent constructifs et moteurs. Ce choix sera laissé au libre-arbitre du consultant qui, après avoir pris connaissance du contexte local, sera en mesure de prendre la décision idoine.

Les groupes pourront être constitués autour de l'hygiène, de la convivialité, de l'environnement, de la formation, de la prévention de la dépendance. Ils seront composés de six à huit personnes, afin que le dialogue soit plus aisé et le temps de parole de chacun plus long.

Le référentiel pourra être élaboré en deux à trois mois, à raison de réunions de groupes bimensuelles qui se dérouleront en début d'après-midi, de 14 heures 30 à 15 heures 30 à 16 heures 30. Les horaires varieront en fonction des groupes et des plannings, sachant que le

matin n'est pas très adapté aux réunions, car les toilettes nombreuses occupent le personnel aide-soignant et ASH jusqu'à l'heure du repas, et que les cuisiniers sont débordés la matinée.

Devront être prévues des procédures d'évaluation de la pratique du repas à termes réguliers.

Cette proposition d'évaluation du moment du repas constituera le premier pas franchi dans le processus d'amélioration continue de la qualité et elle représente un domaine moins controversé que celui de l'organisation du travail ou des soins. L'élaboration d'un référentiel sur le repas devient l'occasion d'aborder des sujets plus conflictuels à Derval par le biais d'une approche transversale, et donc de les rendre moins délicats et de restreindre les risques de blocages.

Toutefois, l'évaluation ne suffit pas. Il convient désormais de mettre en œuvre des actions concrètes qui remédieront aux problèmes soulevés par la pratique du repas.

B- Redonner du sens au repas

Les dysfonctionnements relevés lors de l'observation semblent trouver leur origine dans le fait que le repas n'a jamais été considéré comme un moment particulier de la journée, et n'a jamais fait l'objet d'une organisation formalisée. Ainsi, il a été placé, jusqu'à présent, derrière les conditions de travail des personnels, ceux-ci n'étant pas en mesure de le considérer différemment.

Il convient donc de redonner au repas son sens, d'abord par un effort d'ouverture de l'établissement vers les résidents(1), et ensuite en faisant du repas la clé de voûte du projet de vie(2).

1- L'ouverture nécessaire de l'établissement vers les résidents

On peut dire que les résidents souffrent d'un « déficit démocratique » dans le domaine du repas. Il faut donc en faire la pierre angulaire du projet et créer une commission de menus.

1-1- Les résidents : pierre angulaire du projet

1-1-1- Les objectifs visés

Il paraissait évident que le problème majeur soulevé résidant dans la primauté des horaires de travail du personnel sur la qualité du repas des personnes âgées, une réorganisation complète du travail dans chaque service s'imposait. Cependant, cette solution n'est pas envisagée ici. En effet, en vue du conventionnement tripartite, (et en raison de plusieurs plaintes de familles insatisfaites du ménage et du repas) la direction a tenté de procéder à

une rationalisation et à une planification des tâches, ainsi qu'à une organisation du travail par services. Pour ce faire, une psychologue du travail est intervenue en tant qu'animatrice d'un groupe de travail composé d'une infirmière, d'aides-soignantes, et d'ASH. Toutefois, ce groupe n'a pas abouti et la tentative s'est soldée par un conflit social. En conséquence, il ne semblait pas stratégique de faire des propositions de réorganisation totale du travail, dans la mesure où elles auraient été vouées à l'échec, le dialogue étant difficile.

La solution alternative qui aurait consisté en un changement des horaires des repas pour qu'ils respectent le plus possible les habitudes passées des résidents se heurtait à un problème d'effectifs insuffisants et de respect des conditions de travail du personnel (respect des amplitudes horaires entre le soir et le lendemain matin, amplitude de travail dans la journée, agents compétents pour la sécurité des résidents).

Par conséquent, l'orientation la plus judicieuse à l'heure actuelle s'avère être celle de faire initier le changement par les résidents. L'enquête de satisfaction réalisée en décembre 2000 fait apparaître la serviabilité et la gentillesse du personnel, notamment soignant, à l'égard des personnes âgées. On peut donc supposer qu'il sera particulièrement attentif et partie prenante de l'évolution s'il sait que les résidents en sont demandeurs.

1-1-2- La démarche du projet

Il s'agit de mettre en œuvre un management fondé sur la considération des personnes hébergées, en espérant ainsi redonner confiance aux personnels qui les prennent en charge. La nécessité est donc « de mettre les usagers, quels que soient leur âge, leurs besoins, leurs handicaps ou leurs inadaptations, en situation de définir leurs projets et de les faire cheminer, dans des structures évolutives ». ⁵⁵. Mon postulat de départ consiste à penser que mettre les résidents en position d'acteurs est une démarche stimulante et motivante pour le personnel. De plus, l'action s'avère valorisante par ricochet car la direction reconnaît tacitement le travail réalisé par les agents.

Il convient ainsi de prendre en compte les besoins des résidents, tout en tenant compte des aspirations des personnels. J'appliquerai à la maison de retraite de Derval les concepts développés par Jean-Yves DESHAIES⁵⁶ : d'une logique d'appareil (basée sur l'enfermement :dans des structures établies et sclérosantes, dans des fonctionnements immobiles et résistants, dans des comportements défensifs et figés), il faut aller vers une logique de processus, fondée sur la considération des hommes (usagers et professionnels). Par ailleurs, initier le changement en commençant par le repas sera moins dissuasif que de s'attaquer immédiatement aux dysfonctionnements qui ont déjà fait l'objet d'une analyse .

⁵⁵ DESHAIES, Jean-Yves, Mettre en œuvre les projets, l'Harmattan, Paris, 2000, page 64

⁵⁶ Idem, page 70.

Cette démarche a d'ores et déjà débuté avec la réalisation de l'enquête de satisfaction qui comprenait un volet sur le repas, et elle peut se poursuivre régulièrement sur des thèmes de la restauration plus précis. De même, il serait souhaitable d'effectuer une enquête de satisfaction du personnel relativement au repas, afin d'avoir l'opinion des clients et des fournisseurs de services, d'optimiser les conditions de vie des personnes âgées, et les conditions de travail des agents.

Toutefois, la première pierre à l'édifice est la constitution d'une commission des menus, qui garantira une communication entre les résidents, les cuisiniers, les soignants, et la direction.

1-2- La création d'une commission des menus

Je verrai d'une part que cette instance était nécessaire, et d'autre part, les modalités de sa mise en place.

1-2-1- Une création nécessaire

Plusieurs facteurs particuliers à la maison de retraite publique de Derval démontrent la nécessité pour l'établissement de se doter d'une commission des menus.

En premier lieu, l'émergence de plaintes récurrentes des familles depuis la réalisation de l'enquête de satisfaction, relatives à la qualité ou la quantité de la nourriture servie à leur parent âgé et dépendant. Ces plaintes, parfois violentes et qui sont toujours exprimées au directeur, soulignent le manque d'instances et de lieux de discussions internes. Le conseil d'établissement se réunit régulièrement mais les interlocuteurs ne sont pas toujours les bons et les représentants élus des familles ne sont pas toujours les porte-parole des intérêts collectifs. Un espace de discussion en amont entre les résidents et l'établissement permettrait d'atténuer les conflits, voire de les désamorcer. Bernadette Puijalon⁵⁷ considère de telles commissions comme un espace de négociation entre résidents et cuisiniers, et le moyen de trouver ensemble des solutions.

En second lieu justement, les entretiens réalisés auprès des cuisiniers pour ce mémoire ont révélé leur frustration de ne pas connaître les goûts des résidents et de leur confectionner des mets qui ne les satisfont pas toujours. La commission des menus serait un moyen de rompre un peu avec le caractère collectif de la restauration et d'individualiser les prestations. Ensuite, le chef cuisinier serait un interlocuteur à part entière et participerait à la confection des menus, compétence du directeur à l'heure actuelle. Ceci représenterait un gain de temps pour le directeur et l'économiste, qui doivent en permanence vérifier les stocks d'alimentation afin d'élaborer les menus chaque semaine. Soulignons que la maison de

⁵⁷ PUIJALON Bernadette, La parole des vieux, Dunot, Paris, 1997, page 199.

retraite de Derval est le seul établissement parmi les quatre auxquels ont été adressés les questionnaires à ne pas avoir de commission des menus.

Enfin, la constitution d'une commission des menus serait une instance d'expression de leur avis par les résidents dans un domaine qu'ils connaissent bien et depuis toujours. Notons que c'est souvent cette raison qui est invoquée par les chefs d'établissements pour refuser la mise en place de telles commissions. En effet, ils perçoivent comme une menace sur leur pouvoir de décision le fait que les résidents puissent émettre des désirs différents entre eux et des orientations prises par l'établissement. Ensuite, ils savent que ces instances sont l'occasion de mettre en exergue certaines faiblesses et dysfonctionnements, dont ils se sentent responsables.

Il existe des pré-requis à l'institution de cette commission à Derval. Le premier est que le repas devienne un domaine de compétences partagées entre le directeur, les cuisiniers, et un diététicien qui pourrait jouer un rôle de conseil pour la conception des menus.

Le second est de ne pas trouver de prétextes à la caducité de cette commission et d'en interrompre le fonctionnement. L'argument avancé en ce sens est souvent que les résidents expriment des désirs de menus dont ils ne se souviennent pas ensuite et que les plaintes persistent. Néanmoins, ces faits n'empêchent pas la commission d'être une instance de discussion, de rencontre, et de négociation fort utile dans un établissement accueillant des personnes âgées. De plus, il est envisageable de prévoir des plats de remplacement ou, comme dans certains établissements, de proposer deux menus qui peuvent être choisis le jour même. Il importe évidemment d'en évaluer le coût financier et de le comparer avec celui qui résulte de la perte de nourriture quand les résidents ne consomment pas les mets proposés..

1-2-2- La mise en place de la commission

Tout d'abord, la commission « menus » sera composée du personnel des cuisines (deux agents, dont le chef cuisinier), de deux soignants, de quatre résidents élus par leurs pairs, et d'une diététicienne vacataire (elle pourrait se partager entre plusieurs structures). J'ai constaté lors des entretiens que les résidents sont affables lorsqu'il s'agit de l'alimentation, et qu'il sera plus facile d'avoir des personnes qui se porteront candidates à cette commission qu'au conseil d'établissement. Toutefois, nous savons également que dans la pratique, la population accueillie devenant très dépendante, le directeur doit solliciter, voire désigner certains résidents dont les facultés intellectuelles sont préservées. A Derval, nous estimons au moins à quatre les résidents qui pourraient siéger à la commission des menus.

Ensuite, sa mission sera d'élaborer les menus sur quatre semaines, en tenant compte du plaisir et de l'équilibre nutritionnel, et d'aborder tous les problèmes ou sujets relatifs au

repas, qu'ils soient de l'ordre du dysfonctionnement ou au contraire de la suggestion d'idées nouvelles. Elle aura lieu une fois par mois dans la salle à manger privative des familles et tout résident pourra y assister. Une réunion mensuelle semble adaptée dans la mesure où cela permet d'entamer un nouveau cycle de menus, donc d'instaurer une variété, et de pouvoir adapter les plats aux saisons. Ensuite, cette périodicité n'est pas trop contraignante pour le fonctionnement des services et pour les résidents, mais assez courte pour que les résidents n'oublient pas.

Finalement, la commission des menus pourrait être mise en place relativement rapidement, mais il faut que l'idée soit soumise au Conseil d'Etablissement, au Conseil d'Administration, et au Comité Technique Paritaire, ce qui prendra au moins trois mois. La direction doit également trouver, en coopération avec le CHU de Nantes ou le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, dont le plateau technique est très développé en gériatrie, un diététicien qui accepte de venir une journée par mois pour donner son avis sur les menus et assister à la commission. A défaut de diététicien, le médecin coordonnateur, titulaire d'une capacité de gériatrie, s'intéresse à la nutrition des personnes âgées et une formation pourrait lui être délivrée en complément. Cette proposition serait d'un coût financier moindre pour l'établissement.

En somme, la commission des menus peut être créée dans les six mois à venir si son institution reçoit l'aval du conseil d'administration.

2- Le repas : clé de voûte du futur projet de vie

Le projet institutionnel est en cours d'élaboration, mais le projet de vie n'est pas encore pensé. Le travail déjà réalisé sur le repas (évaluation, conception d'un référentiel) ne doit pas rester lettre morte et peut constituer une clé de voûte car le repas est au carrefour des soins et de l'animation. En outre, il rythme la vie quotidienne, donc ces problématiques s'intègrent parfaitement au projet de vie.

Le point de départ sera la mise en place d'un comité de pilotage dont les missions seront spécifiées ultérieurement, et ensuite, le repas deviendra un outil de promotion de l'image de l'établissement.

2-1- La mise en place d'un comité de pilotage « repas »

2-1-1- Une composition pluridisciplinaire

La composition de l'équipe projet se veut pluridisciplinaire. Il est souhaitable que les participants soient des volontaires car cette phase du projet va reposer sur leurs épaules. Il est d'ores et déjà possible de savoir quels seront les membres du personnel intéressés par

l'expérience. En effet, ces agents sont les seuls à s'investir pendant le repas, et comprennent bien ses enjeux. On peut donc supposer qu'ils seront enthousiastes à l'idée de prendre des initiatives et de partager leurs réflexions.

En conséquence, le groupe de pilotage sera composé de six personnes, dont deux agents des services hospitaliers (un travaillant dans les services de soins, l'autre dans le service hôtelier), une aide-soignante, une aide médico-psychologique (dont les compétences sont intéressantes et complémentaires de celles de l'aide-soignante), l'animatrice, et le chef cuisinier.

Il importe que le directeur ne soit pas membre de ce groupe de pilotage car sa présence pourrait être un frein à la prise d'initiative, surtout dans le domaine du repas, dont il était investi auparavant. Cependant, il est évident que l'équipe projet devra faire part de ses idées au directeur, celui-ci étant l'initiateur du projet. Elle constituera des groupes de travail en fonction des missions qui lui seront confiées.

2-1-2- Des missions très ciblées

Deux grandes missions seront conférées au comité de pilotage : d'une part, il devra donner un sens au repas collectif. D'autre part, il sera chargé de construire une proposition d'organisation du temps du repas. (il pourra déterminer un concept : se désigner par un nom évocateur : nutrimieux, par exemple).

Le référentiel des bonnes pratiques élaboré en vue de l'évaluation du moment du repas aura déjà permis de lui restituer son caractère particulier. Néanmoins, le groupe devra s'en servir comme outil de conceptualisation et de formalisation de la nouvelle organisation. Les dysfonctionnements repérés lors de l'évaluation devront faire l'objet de discussions dont découleront des propositions de solutions.

La question est de savoir pourquoi la prise du repas est un événement ingérable. Il s'agit donc de réfléchir à la symbolique du repas, à sa signification pour les résidents et pour les personnels, à la nature des rythmes des repas, à leur durée, à l'ambiance qui doit régner. Pour ce faire, des groupes de travail se réuniront pour examiner différents thèmes : rythme des repas, durée des repas, pratiques d'ateliers, actions à thèmes, etc. Le fait de donner un sens au repas collectif et d'en comprendre la signification pour les résidents favorisera la mise en place de la nouvelle organisation et permettra de hiérarchiser les priorités et de déterminer les objectifs recherchés .

Le travail en équipe pluridisciplinaire constitue également un moyen de développer le partenariat entre les membres de services différents et de développer la solidarité au travers d'un projet et de désirs communs de réussite.

Redonner du sens au repas et inventer une nouvelle organisation pourra faire de ce moment de la journée un atout pour l'établissement.

2-2- Le repas comme outil de promotion de l'image de l'établissement

Le repas peut être l'occasion de faire connaître la maison de retraite de Derval et de lui donner une image nouvelle. En effet, il est d'abord prétexte à la venue d'intervenants extérieurs, et ensuite, il est prétexte à la socialisation des résidents.

2-2-1- L'ouverture de l'établissement aux intervenants extérieurs

La maison de retraite souffre encore de son passé d'hospice, ce qui ternit les changements réalisés ainsi que la démarche qualité engagée. En outre, on peut dire qu'elle n'utilise pas assez les potentialités et les opportunités offertes par son environnement. L'établissement ne se projette peut-être pas suffisamment dans l'environnement externe. Pourtant, celui-ci regorge d'acteurs dynamiques. Derval jouit de plus d'une position géographique intéressante, puisqu'elle se situe à mi-chemin entre Rennes et Nantes par un axe autoroutier, et est par conséquent facile d'accès et peut bénéficier des offres de deux métropoles de taille importante.

Derval comporte des ressources associatives et commerciales non négligeables, et la promotion du repas peut contribuer au développement des partenariats.

Ainsi, il convient d'utiliser au maximum les potentialités locales. La laiterie de Derval dont l'actuel président du conseil d'administration a été longtemps le directeur, emploie des personnes compétentes pour organiser des expositions et/ou des conférences dans le domaine des produits laitiers, avec l'aide du CIDIL (centre d'information de l'industrie laitière). Cette information est d'autant plus importante pour les résidents que la majorité d'entre eux est d'origine rurale et a exercé la profession d'agriculteurs, ce qui signifie qu'ils sont intéressés par ce type de sujets. Ensuite, l'information comporte aussi une portée nutritionnelle et de santé publique, notamment car les produits laitiers contiennent énormément de calcium, qui doit être absorbé en quantité plus importante par les personnes âgées.

Des expositions thématiques sur l'alimentation peuvent être organisées en faisant participer les agriculteurs, les commerçants, et les restaurateurs de Derval. Ils pourraient expliquer en quoi consistent leurs métiers aujourd'hui, et quels sont les changements intervenus depuis le début du siècle. Je pense que les acteurs locaux seront motivés par de telles manifestations, puisqu'ils ont déjà fait preuve de bonne volonté lors d'une exposition réalisée sur les vieux métiers en 2001.

Le personnel, avec l'aide des partenaires évoqués précédemment, confectionnera des affiches informatives sur l'alimentation afin de tordre le cou aux préjugés alimentaires,

courants chez les personnes âgées comme chez le personnel. Ces affiches pourront être réalisées avec l'aide des résidents sous forme de vrai ou faux (ex : une personne âgée doit manger moins qu'un adolescent :faux) .L'intervention d'un médecin gériatre nutritionniste serait porteuse, notamment lorsqu'on sait l'importance que les personnes âgées accordent à la parole des médecins.

La commune de Derval dispose d'un tissu associatif très développé (atelier d'art floral, groupes folkloriques, etc.) et d'un lycée agricole. Ce réseau est un atout pour faire du repas un moment de redécouverte des sens : confection de bouquets avec l'atelier d'art floral : vue et odorat sollicités, de même que le plaisir d'avoir une belle table. Il apparaît envisageable de réaliser des repas à thèmes : repas breton avec la venue du groupe folklorique et partage de galettes, crêpes, et cidre (vue, ouïe et odorat). L'animatrice est ouverte à ce type de projets et elle saura les mettre en place en respectant le budget qui lui est imparti.

Ces repas demandent une préparation en amont par les résidents et l'animatrice, qui effectuent des recherches sur les thèmes abordés, ce qui leur permet d'en profiter réellement et d'avoir des sujets de conversations avec les personnes extérieures invitées.

En fait, l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur améliorera son image dans la mesure où les personnalités sollicitées auront des résidents une vision qui ne se limitera pas à un état de dépendance. Ensuite, elles pourront voir l'établissement et constater qu'il s'agit plus d'un lieu de vie que d'un mouvoir, et que le personnel est motivé. Cette ouverture aura vraisemblablement des retombées positives qui trouveront peut-être un écho auprès des bénévoles qui sont inexistants à la maison de retraite de Derval. Plusieurs appels à candidature ont été lancés, mais sont restés sans réponse. Le repas pourra constituer un tremplin et servir de déclic.

Toutefois, le repas ne doit pas être seulement le faire valoir que l'établissement destine aux intervenants extérieurs. Il se doit de représenter, en interne, un moment de réelle socialisation.

2-2-2- Le repas, prétexte au maintien du lien social

Le repas doit rester un moment de socialisation et de convivialité. Or, j'ai constaté qu'il représente une corvée pour certains résidents car ils ne mangent pas accompagnés des personnes avec lesquelles ils ont des affinités. Il est donc souhaitable que les nouveaux arrivants puissent bénéficier d'un délai durant lequel ils décideront s'ils veulent changer de place ou non. L'expérience révèle que seuls quelques résidents demandent à s'asseoir à une autre table, donc ce changement ne donnerait pas lieu à grand chambardement.

De plus, il serait plus convivial, notamment au restaurant, d'instaurer la « politique du saladier »⁵⁸, qui consiste à laisser le plat au centre de la table pour que chaque convive se resserve lorsqu'il en a envie. Le coût financier n'est pas plus élevé, et cela permet aux agents de se concentrer sur la surveillance de la prise alimentaire, au lieu de passer leur temps à faire le service.

Il est envisagé, dans le même ordre d'idées, que le personnel prenne son repas avec les résidents. En effet, j'ai remarqué que les résidents se voyaient contraints de manger rapidement, et en ai déduit que l'horaire de repas des personnels était mal adapté. En conséquence, un partage du déjeuner contribuerait à valoriser les résidents, dont l'estime de soi est parfois mise à rude épreuve pendant le repas, et à instituer de nouveaux rapports entre soignants et soignés. Il convient toutefois de préciser qu'il ne sera pas facile de mettre en œuvre cette proposition car elle risque d'heurter le personnel, qui a besoin de se protéger en maintenant une distance nécessaire avec les résidents pour se protéger.

La création d'une cuisine par service, dans laquelle les résidents pourraient confectionner des plats et y manger en présence du personnel est une idée à suivre. Cependant, elle ne se réaliserait qu'à long terme (au plus tôt dans sept ans, un projet de restructuration étant envisagé à cette époque), et il appartient à la direction d'en analyser l'opportunité. Tout dépendra de l'orientation que prendra la structure : continuer à accueillir des personnes très dépendantes et en fin de vie, ou en privilégiant un mélange des résidents.

Le repas se veut également un temps d'animation et d'échanges. Il est l'occasion de visites dans d'autres institutions accueillant des personnes âgées ou dans des écoles (goûter avec les enfants de l'école maternelle d'Issé à mettre en place). On peut envisager l'organisation de concours de recettes inter établissements qui donneraient lieu à l'élection de la meilleure recette, celle-ci étant réalisée et dégustée ensuite dans une des structures participantes.

⁵⁸ Expression employée par le Dr Rietsch lors d'une intervention au D.U. de gérontologie de Strasbourg.

Enfin, je peux résumer cette étude sur le temps du repas en maison de retraite par cette citation de J. Trémolière : « Tout ce qui est dans l'assiette est très important, mais tout le reste l'est encore davantage ». En effet, le repas ne se réduit pas à la prise d'une nourriture de qualité, il est communication, décor, échanges, rencontres, symboles, souvenirs.

Ainsi, le repas doit être considéré comme une priorité dans les établissements accueillant des personnes âgées parce qu'il est ambivalent, et donc complexe : il peut être perçu comme un moyen pour l'institution de manifester son pouvoir sur les résidents, car il est à la fois soin, repère spatio-temporel, et vecteur de communication. En même temps, le repas est aussi un des seuls domaines d'expression accessible aux personnes âgées en maison de retraite, expression d'une identité parfois déniée lors de l'entrée en établissement. Il ne nécessite pas une compétence particulière, mais fait appel aux souvenirs, aux expériences de chacun, et fait référence à une culture commune. Le temps du repas est également anxiogène, car il constitue un moment de confrontation de la personne âgée avec ses incapacités, causées par un vieillissement pathologique ou le vieillissement physiologique, mais qui font obstacle à son plaisir de manger, et dont les conséquences représentent un réel enjeu non seulement pour les résidents, mais pour l'institution, en termes humain et financier.

C'est pourquoi le temps du repas ne doit pas être sous-estimé, et il fait souvent l'objet d'une organisation formalisée en maison de retraite. Les questionnaires adressés au personnel soignant et A.S.H. de plusieurs établissements ont révélé une perception similaire du temps du repas, considéré avant tout comme un moment convivial pour les résidents, et comme un moment de dialogue et d'échange privilégié entre le personnel et les résidents. Cependant, l'observation dans l'établissement terrain de stage fait apparaître que la convivialité s'efface au profit d'une organisation efficace et au détriment du respect du rythme des personnes âgées, ce qui traduit la difficulté des maisons de retraite : elles sont à la fois lieu de travail des personnels, et lieux de vie des résidents. Il importe donc que le directeur et le personnel prennent conscience de cette dichotomie.

Justement, une évaluation du temps du repas sera l'occasion de mettre en exergue les dysfonctionnements, et d'une prise de conscience de la part des professionnels. Mais elle sera d'autant plus efficace si la prise en charge des résidents évolue vers une conception différente des personnes âgées hébergées : en tant que résidents, elles n'en sont pas moins clientes et consommatrices, et il convient donc de tenir compte de leurs besoins et attentes.

C'est en vertu de ce principe qu'il faut redonner du sens au repas en rendant les résidents acteurs, d'abord par la création d'une commission des menus, et ensuite en faisant du repas la clé de voûte du projet de vie à élaborer. Construire une proposition d'organisation du temps du repas et redonner un sens au repas collectif seront les deux missions principales

confiées au groupe de pilotage. Les enjeux sont de taille car le repas peut être un outil de promotion de l'image de l'établissement (convocation de la presse locale, intervenants extérieurs), et en même temps de valorisation des personnels.

Pour conclure, je considère le repas comme la vitrine de la maison de retraite, et c'est pour cette raison que les restrictions budgétaires ne doivent pas concerner le domaine de l'alimentation. En effet, le repas demeure un moment particulier de la vie institutionnelle qu'on ne néglige pas. La question désormais est de savoir si les professionnels sont prêts à lui donner l'importance qu'il mérite...

BIBLIOGRAPHIE

• ARTICLES

- ANGLARD Andrée & MENIN Charlotte, « Manger en institution », Gérontologie et société Cahier N° 43, 1987, pp. 103-106
- BROCKER P & CAPRIZ-RIBIERE F. « Anorexie du sujet âgé. », Revue de Gériatrie 1998, 23 : 165-169, pp.12
- CORBEAU J.P. « Préférences et symboles alimentaires chez le sujet âgé. » supplément du numéro de Gériatrie, Tome 20, n°10 décembre 1995, pp 23-25
- MME DUPOUY « Les repas : moments de joie ou de tristesse », in « Vieillir au présent ». Journée d'étude au château de Lormoy 1995 pp.17-23
- FERRY Monique « L'alimentation en maison de retraite » L'année gérontologique 1995, pp. 95-113
- FROMAGE Benoît & GOURMAUD Thierry « L'identité du sujet âgé dans la pratique du repas en institution » Pratiques Psychologiques, 2000, 3, pp. 71-77
- 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, n°64, mars 2001, pp.5-15
- GRAILLOT Eliane « Le repas peut-il être considéré comme un soin à part entière ? » L'aide-soignante n°6, juin 1995, pp.12-16
- HORTALA F. « Professions de santé et dépression » Gérontologie, n°64, octobre 1987, pp. 37-39 & pp. 54-55
- LESOURD B.M. « Causes des malnutritions des sujets âgés » Supplément du numéro de Gériatrie, Tome 20, n° 10 décembre, 1995, pp.17-18
- MANOUKIAN Alexandre « Un soin : le repas partagé » Gérontologie et société, n°57, juillet 1991, pp.76-81.
- MASSIEYE Hélène & CATTIAUX Monique « Vie quotidienne et repas » Soins gérontologie, 1997, n°7, pp.6-18
- RITTER Annie « Autour du repas » Gestions hospitalières, n°330, novembre 1993, pp. 666-669
- SIDOBRE Béatrix & FERRY Monique « **L'atelier cuisine**, un outil thérapeutique » Soins gérontologie, n°21, janvier/février 2000, pp. 23-26
- VELLAS B., FITTEN J., OUSSET P.J. & ALBAREDE J.L. « La perte de poids chez les sujets présentant une maladie type Alzheimer » Alzheimer Actualités, mars 1996, n°108, pp.6-10.

- **Ouvrages**

- BARTHES Roland, Mythologies, Editions du Seuil, Paris, 1957, 233 pages.
- BRILLAT-SAVARIN, Physiologie du goût, Flammarion, 1982.
- DESHAIES Jean-Louis, Mettre en œuvre les projets, L'Harmattan, Paris, 2000, 297 pages.
- FERRY Monique « et al », Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux, Berger-Levrault, Paris, 1996, 227 pages.
- GOFFMAN Erving, Asiles, Les éditions de minuit, Paris, 1968, 446 pages.
- GRIGNON Claude, « et al », sous la direction de Maurice AYMARD, Claude GRIGNON, Françoise SABBAN, Le temps de manger, Editions de La Maison des sciences de l'Homme, Paris, INRA, 1994, 325 pages.
- Haut Comité de la santé publique, Pour une politique nutritionnelle de santé publique en France : enjeux et propositions, Editions ENSP, Rennes, 2000.
- KOTSKY N., POUDEIROUX PH., JACQUOT Y-M, Les troubles de la déglutition, Masson, Paris, 1999, 150 pages.
- LEVET Maximilienne, L'âge de la flamboyance, éditions J. Berroin, Paris, 1993, 181 pages.
- PASTUREL J.F., La dépendance des personnes âgées, Solal, Marseille, 276 pages.
- PUIJALON Bernadette, ARGOUD D., La parole des vieux, Dunot, Paris, 1997, 226 pages.
- OHANA Paul, Les 100 mots clés du management des Hommes, Dunod, Paris, 205 pages.
- RACINE Gilbert, La démarche qualité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Berger-Levrault, Paris, 2000, 197 pages.
- RAPIN C.H., « et al », sous la direction de C.H. RAPIN, Des années à savourer, Payot, Lausanne, 1993, 359 pages.
- VERCAUTEREN Richard, CHAPELEAU Jocelyne, Evaluer la qualité de vie en maison de retraite, Pratiques du champ social, Paris, 1995, 168 pages.