



EHESP

DESSMS

Promotion : **2008 - 2009**

Date du Jury : **Décembre 2009**

**L'alimentation : un support
d'amélioration de la qualité de vie du
résident en EHPAD**

Claire GARCIA

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes, qui par leur disponibilité et leurs précieux conseils m'ont aidée, et soutenue dans ma démarche.

Mlle Fenateu, directrice de l'EHPAD Résidence Jallier pour la confiance qu'elle m'a témoignée durant ces huit mois de stage.

Mme Jarrige, qui m'a accompagnée dans mes questionnements, et a contribué à enrichir mon regard sur le sens de la « prise en soin » en institution gériatrique, et sur tant d'autres choses ...

Mlle Mercadier pour notre collaboration sincère lors de notre travail sur la fonction restauration.

M. Sénat, médecin coordonnateur et Mme Soler, cadre de santé pour leurs conseils avisés.

Les résidents et le personnel de l'établissement qui ont volontiers accepté de répondre aux questions qui ont servies de support à mon mémoire.

Mes proches qui m'ont encouragée dans cette orientation professionnelle, et dans l'élaboration de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
1 La place de l'alimentation dans l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD	3
1.1 La restauration en EHPAD, une activité au coeur de contraintes multiples	3
1.1.1 Le contexte règlementaire : la sécurité et la qualité du repas	3
A) La maîtrise du risque lié à la sécurité alimentaire.....	3
B) L'obligation de mettre en œuvre un politique globale d'amélioration de la qualité.....	5
1.1.2 Les conséquences du vieillissement sur l'alimentation des personnes âgées	7
A) Les modifications physio-pathologiques liées à l'âge	7
B) Les facteurs psychologiques du vieillissement.....	10
1.2 L'alimentation en EHPAD, vecteur d'autonomie de la personne	11
1.2.1 L'alimentation et le sentiment d'identité.....	11
A) Le principe d'incorporation, caractéristique universelle du rapport de l'homme à l'alimentation.....	12
B) La conséquence du principe : la liberté de choix.....	12
1.2.2 La fonction hédonique de l'alimentation	14
A) Le plaisir, dimension fondamentale de la vie humaine	14
B) Le plaisir, aspect dominant de l'acte alimentaire	16
1.2.3 L'alimentation, facteur de préservation de la santé des personnes âgées.....	17
A) Les besoins nutritionnels de la personne âgée:	18
B) La dénutrition de la personne âgée	19
2 Analyse du fonctionnement du service restauration de l'EHPAD Résidence Jallier.....	21
2.1 Présentation de l'organisation du service restauration.....	21
2.1.1 L'organisation et la place du service de restauration dans le quotidien de la personne âgée	21
A) Présentation du service restauration	21
B) La place du repas dans la journée de la personne âgée.....	23

2.1.2	Un regard croisé du personnel et des résidents sur la restauration	26
A)	Le personnel	26
B)	Les résidents.....	30
2.2	Une identité et une organisation en quête de définition.....	34
2.2.1	. Un sens de l'action occulté par le quotidien	34
A)	Une réflexion non aboutie sur les valeurs devant guider l'action.....	34
B)	Une prise en compte imparfaite du résident.....	35
2.2.2	Un déficit d'organisation et de définition des responsabilités	37
A)	L'absence de politique d'achat et de gestion des commandes	37
B)	Le manque de management de proximité	38
3	Les axes d'amélioration de la qualité de la prestation restauration	41
3.1	La démarche projet au service de l'amélioration de la qualité	41
3.1.1	Le responsable de restauration, personne ressource de la démarche projet.....	41
A)	La mise en œuvre d'une gestion rationalisée de la fonction restauration.....	41
B)	La mise en place d'un management et la construction d'une véritable équipe	43
3.1.2	Les axes de la démarche projet.....	45
A)	L'alimentation, axe central du projet d'établissement.....	45
B)	La définition d'un projet ambitieux d'amélioration de la qualité dans le cadre de la restructuration de l'établissement.....	47
3.2	Réinterroger sans cesse les besoins et attentes du résident.....	49
3.2.1	La prise en compte des attentes et besoins des résidents.....	49
A)	L'approche individualisée	50
B)	La liberté de choix du résident au moment des repas.....	51
3.2.2	Permettre l'expression et la participation du résident.....	52
A)	Le questionnaire de satisfaction	52
B)	La commission gourmande.	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANC : Apports Nutritionnels Conseillés

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

AMP : Aide Médico-Psychologique

ASHQ : Agent des Services Hospitaliers Qualifiés

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAT : Certificat d'Aptitude Technique

CNA : Conseil National de l'Alimentation

CVS : Conseil de la Vie Sociale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HACCP: Hazard, Analysis Critical Control Point

HAS : Haute Autorité de Santé

MEAH : Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.

PMS : Plan de Maîtrise Sanitaire

PNNS : Programme National Nutrition Santé

« L'alimentation doit non seulement être un objet apportant des nutriments mais elle doit faire plaisir, apporter un prestige, une valeur évocatrice de réconfort. L'homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments »¹

J.TREMOLIERE

¹ J.TREMOLIERE, 1969, *Biologie Générale*, tome 4, DUNOD, p.462-463.

Introduction

Avec l'allongement de la durée de vie et le développement des services à domicile, l'entrée en institution survient de plus en plus tardivement, et concerne des personnes fragilisées présentant des pathologies multiples.

Synonyme d'entrée dans la dernière phase de la vie, il s'agit d'un moment douloureux où la personne âgée quitte son domicile, ses repères, ses habitudes, son environnement humain et social. Elle est aussi confrontée à de multiples changements, tels que l'augmentation progressive de la dépendance, la perte d'autonomie et des relations sociales, et l'angoisse d'une mort prochaine.

Or, avec l'âge, les facultés d'adaptation de la personne diminuent, et peuvent être ainsi, à l'origine d'un déséquilibre d'ordre physiologique et psycho-social.

La personne âgée doit pourtant investir ce nouvel environnement comme son nouveau lieu de vie, et donner du sens à cette nouvelle existence.

Le défi pour l'ensemble des acteurs intervenant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est donc de prendre en compte le vécu de l'institutionnalisation, et de laisser dans le cadre de la collectivité, une place au chez soi.

La volonté de créer des conditions conformes à la logique de lieu de vie est récente et, vise une double mise en échec. Il s'agit d'une part, de se départir de l'image longtemps véhiculée par les anciens hospices, décrits par M. Foucault comme des « non lieux »², et d'autre part, de se démarquer des structures hospitalières bien souvent réduites à des lieux de soins.

La vocation de lieu de vie s'inscrit dans la volonté politique manifestée en 1975 d'humanisation des établissements pour personnes âgées. Cette évolution est consacrée par la loi du 2 janvier 2002³ qui confirme cette identité, et en dessine les contours au travers de la garantie des droits et libertés de la personne âgée, et de la notion de projet de vie individualisé.

En parallèle, l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies rend nécessaire la médicalisation des établissements.

Cette évolution de l'accompagnement entraîne ainsi inexorablement une tension quotidienne entre la mission d'hébergement, et la mission proprement soignante.

Il s'agit par conséquent, pour les EHPAD de concilier ces deux logiques : la logique de soin afin de répondre aux besoins croissants du sujet âgé, mais aussi, d'offrir une qualité de vie conforme à la logique de lieu de vie.

Cette dernière implique la prise en compte de la personne dans l'ensemble de ses dimensions c'est-à-dire de s'intéresser à ses besoins, ses attentes, et ses désirs.

²FOUCAULT M., 1984, « Des espaces autres », *Architecture, Mouvement, Continuité*, n°5, p.46

Maslow⁴ met en lumière les différents besoins de l'individu à travers le prisme d'une pyramide dont la base serait constituée des besoins physiologiques, et des besoins psychologiques, classés par ordre d'apparition : le besoin de sécurité (maison, argent, patrimoine...), d'appartenance (famille, amis, groupes), de reconnaissance (estime, amour de soi), et de réalisation de soi (idéal, créativité, développement personnel).

L'alimentation reflète bien la complexité des besoins de l'individu, et les multiples et interdépendantes dimensions de l'être. Elle est ainsi le support de la vie biologique, l'expression d'une identité, et le médiateur d'une vie sociale et culturelle.

En institution, le repas est un moment essentiel dans le quotidien des personnes âgées. Il est à la fois, source de plaisir, moment de partage et d'échanges, facteur de préservation de la santé mais également, objet de cristallisation de l'ensemble des frustrations.

Par ailleurs, l'alimentation concentre l'ensemble des problématiques qui se posent à un directeur d'EHPAD : c'est-à-dire, la conciliation entre la logique collective avec les contraintes organisationnelles qu'elle implique (humaines, logistiques, et économiques), et la nécessaire prise en compte de l'individualité de la personne au travers de ses multiples dimensions : physique, psychique, et sociale.

Forts de ces constats, mon terrain de stage a été l'occasion de mener une réflexion sur la place de l'alimentation, et par conséquent, du service restauration dans l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD. Cette démarche a été d'autant plus riche qu'elle s'inscrivait dans le cadre d'un projet de la restructuration de l'établissement et de réfection de la cuisine, me permettant ainsi, d'envisager des actions ambitieuses intégrées dès la phase de conception du projet.

Ma réflexion visait, dans un premier temps, à déterminer, à partir des textes réglementaires et de la littérature, la place de l'alimentation en EHPAD : ses contraintes et ses potentialités (Titre 1).

J'ai analysé, dans un second temps, à la lumière de mes observations, et d'une enquête auprès des résidents, et du personnel, l'organisation et le fonctionnement du service restauration (Titre 2).

A partir de ses enseignements, et de mon expérience acquise au cours du stage, j'ai élaboré des axes de travail visant à améliorer la qualité de la prestation restauration (Titre 3).

³REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O n°2 du 3 janvier 2002, p.00124.

⁴MASLOW A., 1943, « A theory of human motivation », *Psychological Review*, n°50, p.16-24

1 La place de l'alimentation dans l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD

Afin de mieux cerner la place de l'alimentation au sein de l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD, il convient de déterminer dans un premier temps, l'ensemble des contraintes qui s'imposent à l'activité de restauration (1.1). Il s'agit ensuite, de mettre en lumière les potentialités de l'alimentation dans le cadre du maintien de l'autonomie physique, psychique, et sociale de la personne âgée (1.2).

1.1 La restauration en EHPAD, une activité au coeur de contraintes multiples

Dans sa pratique quotidienne, la restauration en EHPAD doit prendre en compte deux impératifs : d'une part, le respect des normes d'hygiène et de qualité (1.1.1), et d'autre part, la spécificité du public visé (1.1.2).

1.1.1 Le contexte règlementaire : la sécurité et la qualité du repas

Les autorités publiques ont imposé par la voie règlementaire deux obligations essentielles en vue d'assurer la sécurité et la qualité des repas servis en EHPAD. Il s'agit d'une part, de l'ensemble des règles, et outils de gestion du risque alimentaire (A), et d'autre part, de l'obligation beaucoup plus large de mettre en œuvre une démarche d'amélioration de la qualité des prestations (B).

A) La maîtrise du risque lié à la sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire vise à garantir que la consommation d'un produit ne risque pas d'avoir des conséquences néfastes sur la santé des consommateurs.

Depuis une dizaine d'années, et notamment en réponse aux crises alimentaires récentes comme la vache folle, elle est l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics qui s'est traduite par un profond remaniement de la réglementation en vue d'imposer aux exploitants une obligation de résultat.

Cette exigence est d'autant plus fondamentale en EHPAD compte tenu de la plus grande vulnérabilité des personnes. En effet, les personnes âgées, du fait de la dégradation de certaines fonctions physiologiques, sont davantage exposées aux maladies issues de l'alimentation et notamment, aux toxi-infections alimentaires⁵.

⁵ Les Toxi-Infections Alimentaires (TIA) sont communément définies comme « *des maladies souvent infectieuses et accidentelles contractées suite à l'ingestion de nourriture ou d'une boisson contaminée par des agents pathogènes qu'il s'agisse de bactéries, virus, parasites ou prions* » http://www.wikipedia.org/wiki/Intoxication_alimentaire

a) *La réglementation relative à la sécurité alimentaire, d'une obligation de moyen à une obligation de résultat*

La réglementation relative à la maîtrise du risque alimentaire a été marquée par le renforcement progressif des vigilances et des contrôles à mettre en œuvre, et par le passage d'une obligation de moyen à une obligation de résultat.

La directive européenne 93/94 du 14 juin 1993⁶, reprise en droit français par l'arrêté du 29 septembre 1997⁷, constitue le point de départ de cette évolution. Celle-ci est désormais renforcée depuis le 1^{er} janvier 2006, par un nouveau corpus de règles, « le paquet hygiène ».

L'arrêté du 29 septembre 1997 prévoyait le recours à un guide de bonnes pratiques d'hygiène, à des autocontrôles réguliers afin de vérifier la conformité des installations, matières premières et produits finis aux critères biologiques. Ces contrôles devaient être basés sur les principes de la méthode HACCP définie comme « *une approche systématique d'identification, de localisation, d'évaluation et de maîtrise des risques potentiels en matière de salubrité des denrées dans la chaîne alimentaire.* »⁸

L'arrêté déterminait en outre, les règles relatives à l'implantation des locaux, à leur entretien, à la gestion des déchets, et à la prévention des toxi-infections alimentaires collectives.

Les règles issues du paquet hygiène, loin de remettre en cause l'arrêté de 1997, en renforcent l'esprit, et visent à aller plus loin dans la mise en place de moyens propres à garantir la sécurité alimentaire.

Cette nouvelle réglementation européenne est composée essentiellement de six règlements, et de deux directives.

Le règlement (CE) n° 178/2002 du 28 janvier 2002⁹ et le règlement (CE) n° 852/2004 du 24 avril 2004¹⁰ constituent le substrat du dispositif.

Le règlement (CE) du 28 janvier 2002 fixe les grands principes¹¹, et définit les obligations spécifiques des professionnels¹². Il crée, par ailleurs, l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments, et un Réseau d'Alerte Européen.

Le règlement (CE) du 24 avril 2004 complète le précédent, en établissant les règles générales d'hygiène applicables à toutes les denrées alimentaires pour les exploitants du secteur alimentaire. Il impose des exigences générales valables à toutes les étapes de la

⁶ CONSEIL EUROPEEN, Directive 93/43/CEE du 14 juin 1993 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.C.E du 19/07/93, n°L229, p.442

⁷ MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, JO n°247 du 23 octobre 1997, p.15 437.

⁸ Définition donnée par la FERCO (Fédération Européenne de Restauration Collective)

⁹ CONSEIL EUROPEEN, Règlement européen (CE) n°178/2002 du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires, J.O.U.E du 1^{er} février 2002, L31.

¹⁰ CONSEIL EUROPEEN, Règlement européen (CE) n°852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.U.E du 30 avril 2004, L.139. Il est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

¹¹ Principe de précaution, principe de transparence, principe d'innocuité...

¹² Obligation de traçabilité, obligation de retrait de produits dangereux pour la santé publique, obligation des services de contrôle.

production, de la transformation et de la distribution, et des exigences spécifiques relatives au contrôle de la température, au respect de la chaîne du froid, et aux prélèvements d'échantillons. Enfin, comme la directive de 1993, il place au cœur des moyens de maîtrise du risque, la méthode HACCP et le recours aux bonnes pratiques d'hygiène.

L'ensemble de ces obligations et leur modalités de mise en œuvre doivent être centralisées dans chaque établissement au sein d'un document unique, le plan de maîtrise sanitaire (b).

b) *Le plan de maîtrise sanitaire, outil de gestion du risque alimentaire*

Le plan de Maîtrise Sanitaire (PMS) reprend et structure l'ensemble des obligations émanant du paquet hygiène. Selon l'annexe II de l'arrêté du 8 juin 2006¹³, le PMS décrit « *les mesures prises par l'établissement pour assurer l'hygiène et la sécurité sanitaire de ses productions vis-à-vis des dangers biologiques, physiques et chimiques* ».

Ce document comporte trois grandes parties: les bonnes pratiques d'hygiène (personnel, locaux, matériels), les bonnes pratiques HACCP, et enfin, le dispositif de traçabilité et de gestion des alertes.

Au delà de la maîtrise du risque, la fonction restauration doit s'inscrire depuis 2002, dans le cadre d'un processus global d'amélioration de la qualité (B).

B) L'obligation de mettre en œuvre une politique globale d'amélioration de la qualité

Si la qualité des soins constitue depuis fort longtemps, une préoccupation forte des professionnels, et des chefs d'établissement. En revanche, la qualité des prestations logistiques a été longtemps considérée comme secondaire, accessoire (a).

L'obligation faite aux EHPAD à partir de 1999¹⁴, et consacrée en 2002¹⁵, de mettre en œuvre une démarche qualité concernant l'ensemble des prestations ainsi que la montée des critiques relatives à la prestation repas ont suscité une véritable réflexion sur la restauration, et contribué à l'élaboration d'indicateurs de mesure de la qualité (b).

a) *La qualité de la prestation restauration, une préoccupation récente*

Les préoccupations relatives à la qualité de la prestation restauration en établissement sanitaire et médico-social sont récentes.

Elles font écho notamment, au rapport de B. Guy Grand relatif à *L'alimentation en milieu hospitalier*. Celui-ci met en exergue des dysfonctionnements évidents à l'origine de la prévalence élevée de la malnutrition des personnes accueillies. Il souligne dans ce sens, que

¹³ MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE, Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur le marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. JO n°182 du 8 août 2006, p.11 816.

¹⁴ MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, J.O n°98 du 27 avril 1999, p.6 248

¹⁵ RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O n°2 du 3 janvier 2002, p.00124

« la qualité nutritionnelle [...] et la qualité gustative des plats sont souvent absentes des préoccupations »¹⁶, que la « qualité du service, difficile à expertiser, est peu prise en compte »¹⁷, et conclut, « les préoccupations alimentaires ne constituent pas une des priorités mobilisatrices »¹⁸.

Afin de remédier à cette situation, le rapport dégage plusieurs idées forces parmi lesquelles le développement d'une démarche qualité. Dans ce cadre, un engagement fort de la direction dans la définition des objectifs, et des orientations de l'amélioration de la qualité de la prestation apparaît fondamentale.

Par la suite, l'attention des pouvoirs publics pour l'alimentation n'a cessé de croître. En janvier 2001, est lancé le premier Programme National Nutrition Santé¹⁹ (PNNS) avec pour objectif, l'amélioration de l'état de santé « dont la nutrition constitue un des déterminants essentiels ». Dans ce but, six axes stratégiques ont été retenus.

L'axe « n°2 » concerne, particulièrement, les systèmes de soins et les problèmes posés par l'alimentation (restauration et nutrition). Il est complété par un axe spécifique dédié au problème de la dénutrition chez le sujet âgé²⁰.

Le PNNS²¹ approfondit cette démarche en posant comme objectif l'amélioration de la prestation alimentaire délivrée dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux afin de prévenir le risque de dénutrition.

Cet intérêt nouveau s'est traduit par la construction progressive d'indicateurs de qualité de la prestation restauration.

b) *Les indicateurs de qualité de la prestation restauration*

La démarche qualité en restauration se définit à partir d'une approche globale, la règle des 4 « S »²² :

- **la Sécurité alimentaire** dont nous avons exposé les grands principes plus haut.
- **la Santé du repas** qui implique la recherche d'un équilibre nutritionnel des menus, l'information du consommateur, et la préparation de repas diététiques.
- **la Satisfaction du client** au regard du soin apporté pour faire du repas un moment privilégié de satisfaction, un moment « plaisir ».
- **le Service** relatif à la dimension organisationnelle de la fonction restauration dans ses différentes composantes (achats, préparation, livraison, entretien, maintenance, formation du personnels) et ses conséquences en termes économiques et sociaux.

Certains de ses éléments sont précisés, et développés dans d'autres textes, comme l'arrêté du 26 avril 1999²³ sur la nutrition des personnes âgées en EHPAD, ou encore dans les

¹⁶ GUY GRAND B., janvier 1997, *Alimentation en milieu hospitalier*, Paris, La documentation Française, p.20.

¹⁷ GUY GRAND B., op cit., p.21.

¹⁸ Idem, p.22.

¹⁹ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 01/2001, Programme National Nutrition Santé (2001-2005), Paris, 40 p. www.sante.gouv.fr

²⁰ Idem.p.8.

²¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, septembre 2006, Programme National Nutrition Santé (2006-2010), Paris, Ministère de la Santé et de la Solidarité, 51p. www.sante.gouv.fr

²² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES, 1998, *La fonction restauration dans les établissements de santé Eléments d'approche méthodologique*, Paris, Ministère de l'emploi et de la solidarité, p.7.

recommandations de bonnes pratiques professionnelles élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS)²⁴ ou l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESM)²⁵.

Afin de faciliter la mise en œuvre de ces principes, une importante étude sur le thème de l'organisation de la restauration dans les hôpitaux a été confiée, en 2004, à la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH).

Cette étude fondée sur les réalités de terrain de huit établissements de santé a permis de construire des indicateurs de qualité et d'efficience, et un appui méthodologique et technique pour les professionnels.

Présenté sous la forme d'un guide de bonnes pratiques organisationnelles²⁶, ce travail constitue désormais une référence pour tout établissement sanitaire ou médico-social qui souhaite s'engager dans une telle démarche.

Au-delà des contraintes règlementaires, l'activité de restauration en EHPAD doit prendre en compte les conséquences du vieillissement sur l'alimentation des personnes accueillies (1.1.2).

1.1.2 Les conséquences du vieillissement sur l'alimentation des personnes âgées

Durant le vieillissement, de nombreux facteurs médicaux, psychologiques, et sociaux peuvent modifier le comportement alimentaire de la personne âgée.

Je présenterai, tout d'abord, les modifications physio-pathologiques liées à l'âge (A), puis les facteurs psychologiques du vieillissement (B). Néanmoins, il semble important de garder à l'esprit que, comme le souligne S. Beauvoir, ces deux aspects sont intimement liés : *« il est abstrait de considérer, on le sait aujourd'hui, à part, les données physiologiques, et les faits psychologiques : ils se commandent mutuellement »*²⁷.

A) Les modifications physio-pathologiques liées à l'âge

Le vieillissement est un processus physiologique qui aboutit à des modifications de la structure, et des fonctions de l'organisme. Celui-ci s'accompagne de changements physiologiques très hétérogènes à l'origine de la modification du comportement alimentaire de la personne. Ces modifications, bien souvent à l'origine d'une diminution de l'appétit et de la

²³ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales, J.O n°98 du 27 avril 1999, p.06 256.

²⁴ HAS, juin 2007, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, Paris, HAS, 25 p. www.has.sante.gouv.fr

²⁵ ANESM, juin 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Paris, ANESM, 51 p. www.anesm.sante.gouv.fr; ANESM, février 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissements médico-sociaux*, Paris, ANESM 47p.

²⁶ MEAH, juin 2006, *Organisation de la restauration à l'hôpital. Retours d'expériences et bonnes pratiques organisationnelles*, Paris, 180 p. www.meah.santé.gouv.fr

²⁷ BEAUVOIR S., 2005, *La vieillesse*, 2^{ème} édition, Paris, Gallimard, p.16

perte progressive de poids, font des personnes âgées une population à risque nutritionnel, et notamment, à risque élevé de dénutrition.

Elles peuvent constituer d'une part, la conséquence directe du vieillissement (a), ou être associées à l'existence d'une maladie. Nous traiterons ici, de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées (b).

a) *Les modifications physiologiques liées au vieillissement*

Le vieillissement physiologique se traduit principalement par l'altération des fonctions sensorielles, l'apraxie, l'intensification des troubles gastriques, et le vieillissement buccodentaire.

- L'altération des fonctions sensorielles

Lorsque nous mangeons un aliment, l'ensemble de nos sens est sollicité. Or, le vieillissement physiologique entraîne, à des degrés divers, une diminution des fonctions sensorielles.

- L'altération du goût et de l'odorat

Notre capacité à apprécier les aliments, et par là même, l'importance de notre appétit est conditionné principalement par deux fonctions sensorielles : le goût et l'odorat. Or au cours du vieillissement, ces deux sens déclinent, et entraînent des transformations importantes en matière de détection des saveurs et du plaisir perçu.

L'altération du goût peut résulter de l'existence d'une pathologie (notamment, neurologique), de carences nutritionnelles, ou de la prise de médicaments²⁸.

A la perte du goût, s'ajoute la perte de l'odorat. Celle-ci aboutit à une anosmie totale chez 10 à 15% des personnes de 80 ans²⁹ se traduisant par une augmentation des seuils de détection, et une diminution des capacités permettant de reconnaître, et d'apprécier l'intensité des odeurs.

- L'altération de la vue et du toucher

La vue et le toucher interviennent en amont de la mise en bouche. Ils font appel à nos souvenirs, transférant de notre « mémoire de travail », une première ébauche de ce que nous nous apprêtons à ressentir. L'altération de la vue et du toucher sont donc bien souvent, à l'origine d'une mauvaise appréhension des repas servis, et par là même, à l'origine d'une baisse d'appétit.

- Les difficultés au niveau de la praxie

L'apraxie peut concerner tout d'abord, les mains. Ainsi, les rhumatismes, une paralysie, ou encore une amputation, sont autant d'obstacles à l'alimentation.

De plus, les personnes âgées ont très souvent des lésions au niveau des épaules, qui les empêchent de porter la main à leur bouche.

²⁸ En effet, les antibiotiques agissent sur le goût lui-même, d'autres entraînent une diminution de la sécrétion salivaire.

²⁹FERRY M., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, 3ème édition, Paris, Abrégés, Masson, p. 31

- L'intensification des troubles digestifs

Les troubles digestifs s'intensifient avec l'âge, et se traduisent par des phénomènes de ralentissement du transit (constipation). Les facteurs en cause sont notamment, le ralentissement de la vidange gastrique, la diminution des sécrétions d'enzymes, et la diminution de la motilité du colon.

- Le vieillissement bucco-dentaire

Actuellement, la situation buccodentaire des personnes âgées est relativement mauvaise. En effet, selon M.Ferry « *3% des personnes âgées gardent une denture saine, et 50% présente une édentation totale* »³⁰.

Les appareillages visant à remédier à ces situations se révèlent rapidement mal adaptés, et sources de gêne. Les difficultés éprouvées lors de la mastication tendent à réduire la consommation de viande, de fruits et de légumes.

b) *Les modifications associées à une pathologie : la Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.*

Les pathologies à l'origine de la modification du comportement alimentaire du sujet sont nombreuses : cancers, pathologies neurologiques ou vasculaires, maladies du tube digestif ...etc.

Afin d'illustrer ces propos, j'ai fait le choix de présenter les modifications induites par la Maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées. Elles sont les plus significatives.

La Maladie d'Alzheimer est communément définie comme « *une affection neuro-dégénérative du système nerveux central caractérisée par une détérioration durable et progressive des fonctions cognitives et des lésions neuro-pathologiques spécifiques* »³¹.

Les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer présentent des difficultés alimentaires nombreuses causées par l'amnésie (elles oublient les repas), l'aphasie (elles n'arrivent plus à dire qu'elles ont faim ou soif), l'apraxie (elles ne maîtrisent plus les gestes de l'alimentation), l'agnosie (elles ignorent ce qu'elles mangent) et par, des troubles des fonctions exécutives (troubles de la déglutition).

Elles perdent du poids lentement et progressivement, et sont en principe, dénutries. Cette perte de poids précède souvent le diagnostic, et semble constituer une manifestation de la maladie elle même.

A l'inverse, certaines personnes présentent des troubles boulimiques et hyperphagiques. Ces troubles du comportement peuvent être appréciés à partir d'instruments descriptifs comme, par exemple, l'échelle de Blandford.

Enfin, il convient de souligner l'importance que revêt le moment du repas dans ce type de pathologie. Il structure le quotidien, et sert de repère non seulement au début de la

³⁰ FERRY M., op.cit.,p.27.

³¹ HAS, 2008, *Recommandations pratiques pour le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer*, Paris, HAS, p.6

maladie, mais également lorsque la personne est confrontée à une perte de repères importante.

B) Les facteurs psychologiques du vieillissement

Le vieillissement psychologique est influencé par des facteurs très divers : la santé, les conditions et le style de vie, la trajectoire personnelle.

Comme chaque phase de la vie, le grand âge est une période constituée de ruptures et de deuils. Or, avec l'âge, les facultés d'adaptation diminuent, et rendent la personne plus vulnérable aux événements et changements qui l'affectent.

L'entrée en institution est un moment de fragilité psycho-émotionnelle. La personne âgée doit quitter son domicile, ses repères, ses habitudes, s'éloigner parfois de son entourage familial et social. C'est également une nouvelle étape dans la dépendance³² à laquelle s'ajoute très souvent, l'angoisse de la mort prochaine.

Fragilisée dans ses repères, l'alimentation peut jouer un grand rôle, et participer à maintenir son état de santé tout en nourrissant son désir de vivre.

A l'inverse, la personne peut refuser d'investir son nouveau lieu de vie, se replier sur elle même, et développer un sentiment d'inutilité et de dévalorisation. Elle peut alors, décider de ne plus s'alimenter.

L'alimentation devient un moyen d'expression de ses émotions, et le refus de s'alimenter peut être interprété comme une manifestation de ce mal être.

Pour conclure, je soulignerai l'importance d'une connaissance approfondie de ces modifications et difficultés liées au vieillissement afin de permettre à l'alimentation, au travers de ces multiples dimensions de jouer pleinement son rôle de vecteur d'autonomie (1.2).

³² Le terme dépendance vient du latin *dependere* « être suspendu à ». Selon T.Marmet, « *la personne dépendante tient sa survie d'une relation présente, à d'autres personnes, à un milieu* » MARMET.T, « Droits des patients et fin de vie », 22 novembre 2008, CHD Félix Guyon.

1.2 L'alimentation en EHPAD, vecteur d'autonomie de la personne

L'autonomie vient du grec *auto nomos* c'est-à-dire celui qui fixe sa propre loi. Il s'agit, par conséquent, de la capacité et/ou le droit d'une personne à choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes, et les risques qu'elle est prête à courir.

L'homme entretient avec l'alimentation, une relation complexe et multidimensionnelle. Cette relation peut être présentée à la lumière de trois fonctions : identitaire, hédonique, et physiologique. Ses dimensions sont intrinsèquement liées, et doivent être regardées comme un moyen de préserver l'autonomie de la personne.

Pour des raisons de clarté, j'ai fait le choix de les présenter distinctement.

Je développerai tout d'abord, l'idée que l'alimentation et son contexte sont des espaces de référence qui confortent le sentiment d'identité (1.2.1), et des indices d'existence au travers du plaisir ressenti au quotidien (1.2.2). Enfin, j'envisagerai l'alimentation comme un déterminant essentiel de préservation de la santé et de la qualité de vie de la personne âgée (1.2.3).

1.2.1 L'alimentation et le sentiment d'identité.

« L'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet, et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence. Les dimensions de l'identité sont intimement mêlées: individuelle (sentiment d'être unique), groupale (sentiment d'appartenir à un groupe) et culturelle (sentiment d'avoir une culture d'appartenance) »³³

La conscience de notre propre identité est une donnée première de notre rapport à l'existence, et au monde. Elle résulte d'un processus complexe qui lie étroitement la relation à soi et la relation à autrui, l'individuel et le social. C'est aussi un phénomène dynamique qui évolue tout au long de l'existence, marqué par des ruptures et des crises.

L'entrée en institution constitue pour la personne âgée, un moment de crise où le sentiment d'identité peut progressivement se déliter, dans un contexte de dépersonnalisation liée à l'institution.

Dans ce cadre, l'alimentation, parce qu'elle reflète l'ensemble des dimensions de l'individu, peut occuper une place singulière dans la dynamique identitaire, notamment au travers du principe d'incorporation (A) et de ses conséquences au quotidien (B).

« Manger : rien de plus vital, rien d'aussi intime [...] en incorporant les aliments nous les faisons accéder au comble de notre intériorité »³⁴

³³ MUCCHIELLI A., 2003, *L'identité*, 5^{ème} édition, Paris, Que sais je ?, PUF, p.5

³⁴ FISCHLER C., 2001, *L'Homnivore*, Paris, O.JACOB, p.1

A) Le principe d'incorporation, caractéristique universelle du rapport de l'homme à l'alimentation

L'analyse anthropologique et sociologique de l'alimentation se structure autour du principe d'incorporation. Ce principe postule qu'en incorporant ce qu'il mange, le mangeur assimile certaines vertus de la chose mangée.

Il revêt une double dimension : « *je fais entrer en moi, et en même temps, je m'incorpore dans la communauté des...* »³⁵.

a) *La dimension individuelle : « je deviens ce que je mange »*³⁶.

Selon Fischler, ce principe doit être appréhendé à la lumière de plusieurs fonctions.

En effet, d'un point de vue physiologique, le mangeur devient ce qu'il consomme : « *Manger, c'est incorporer, faire siennes les qualités [nutritionnelles] d'un aliment* »³⁷.

Par ailleurs, sur le plan psychologique, les choix opérés par le mangeur constitue des éléments de références déterminés par son identité. Ainsi, je suis ce que je mange, et a contrario, ce que je mange donne des informations sur ce que je suis.

Enfin, d'un point de vue symbolique, le mangeur tend à croire ou craindre, dans un mécanisme qui relève de la pensée magique, s'approprier les qualités symboliques de l'aliment.

b) *La dimension collective: l'intégration à un groupe et le sentiment d'appartenance*

Le principe d'incorporation est également le substrat de l'identité collective. Il contribue à travers le partage alimentaire au sentiment collectif d'appartenance.

En effet, si plusieurs personnes « incorporent » la même nourriture, elles auront également en commun les éléments assimilés. Dans ce sens, manger signifie l'intégration au groupe social, et l'appropriation de la culture et des rites d'une société.

Enfin, la répétition quotidienne de ces actes maintient l'individu dans un système collectif de signification.

Au regard des développements qui précèdent, et notamment de la forte implication identitaire qui relie l'homme à l'alimentation, permettre la liberté de choix de la personne au moment du repas semble s'imposer (B).

B) La conséquence du principe : la liberté de choix

Garantir la liberté de choix de la personne accueillie en EHPAD lors des repas, prendre en compte ses particularismes alimentaires contribuent à reconnaître, et à respecter l'identité de la personne. Cependant, la mise en œuvre de ce principe dans la pratique quotidienne en EHPAD ne semble pas évidente.

³⁵ POULAIN P., 2000, « Les ambivalences de l'alimentation contemporaine », Café des sciences et de la société du sicoval, *Alimentation hors série*, p.34

³⁶ FISCHLER C., op cit. p.66.

³⁷ FISCHLER C., 2001, *L'Honnivore*, Paris, O.JACOB, p.66.

En effet, Fischler montre que la liberté du consommateur et le principe de la restauration collective sont enfermés dans un paradoxe qui n'est pas, à l'heure actuelle, correctement résolu (a). Une telle analyse ne peut nous dispenser, cependant, d'une réflexion sur les moyens à déployer afin d'œuvrer pour le libre choix de la personne dans un environnement contraint par la collectivité (b).

a) *Le « paradoxe de la restauration collective » chez FISCHLER³⁸*

Dans le prolongement de la théorie d'Erving Goffman relative à la toute puissance des institutions³⁹, Fischler explique qu'historiquement, le principe de la restauration collective a instauré « *entre l'institution fournissant la prestation, et celui qui la reçoit, une forme de dépendance, de sujétion.*»⁴⁰.

Or, aujourd'hui, cette sujétion entre en contradiction avec l'idée du consommateur défini comme un individu libre de ses choix : c'est le « *paradoxe de la restauration collective* »⁴¹.

Cette situation aboutit à une « *dépersonnalisation du mangeur*»⁴², et amène à considérer « *que le mangeur [...], n'est pas seulement sujet de l'institution, il est aussi objet* »⁴³.

Cette contradiction entre la liberté de l'individu et la contrainte que fait peser l'institution nourricière expliquerait selon lui que « *l'alimentation en collectivité cristallise fréquemment insatisfactions, mécontentements et conflits* »⁴⁴.

Cette analyse laisse apparaître le cœur de la problématique en EHPAD à savoir la conciliation entre le principe et les contraintes de la collectivité, et la logique de lieu de vie, et du respect des droits et libertés de la personne accueillie. Elle montre ainsi l'absolue nécessité pour l'ensemble des acteurs travaillant en EHPAD, et tout particulièrement, pour le directeur, de réfléchir sur les moyens à mettre en œuvre en vue de permettre à la personne âgée d'être sujet à part entière, et non objet d'une institution, d'une organisation pensée en dehors d'elle.

b) *Promouvoir la liberté de choix de la personne âgée*

Plusieurs dispositifs ont été mis en place dans les EHPAD afin de favoriser l'expression du choix des personnes accueillies. Ces initiatives s'inscrivent dans un contexte de renforcement des droits et libertés des personnes accueillies consacré par la loi du 2 janvier 2002⁴⁵.

³⁸ FISCHLER C., janvier-février 1990, « Le mangeur et l'institution ou la paradoxe de la restauration collective », *Santé Publique*, n°1, p.63-67.

³⁹ GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, 451 p.

⁴⁰ FISCHLER C., op. cit., p.63.

⁴¹ FISCHLER C., Op.cit, p.61

⁴² FISCHLER C., Op.cit, p.65

⁴³ Idem, p 65.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal Officiel, n°2 du 3 janvier 2002, p.00124.

Il peut s'agir de moyens destinés à permettre l'expression collective des résidents, comme la création d'une commission « menus » dont le rôle est recueillir l'avis des résidents sur les menus proposés, de questionnaires de satisfaction, de cahiers gastronomiques. Ces modes d'expression (plus que de choix, certes) sont, aujourd'hui, mis en place dans un grand nombre d'établissements.

La possibilité d'exprimer un choix individuel sur le repas, et sur le lieu de son partage semble plus problématique au regard d'impératifs organisationnels.

Le choix du repas repose en général sur l'existence d'une alternative au menu prévu : le menu de remplacement.

Par ailleurs, permettre la liberté de choix pose également la question du refus de s'alimenter. Les équipes sont souvent désarmées face à une telle demande. La confrontation entre la volonté de la personne, les obligations professionnelles et l'idéal de soin rend la question problématique. Le législateur a apporté une réponse à cette question délicate avec la loi du 4 mars 2002⁴⁶, la volonté de la personne prime. Cependant, force est de constater que sur le terrain, la réponse à cette question n'apparaît pour personne en des termes si simples.

Le choix du lieu du repas apparaît plus difficile à mettre en œuvre. Il est bien souvent contraint par la taille de la salle de restauration, le personnel, et l'accessibilité.

Au moment de l'entrée dans l'institution, les équipes décident de la place de la personne en fonction des informations dont elles disposent sur la personne (notamment, le besoin d'aide lors des repas), et des disponibilités. Durant le séjour de la personne, des adaptations sont possibles, mais elles doivent à leur tour, tenir compte ces contraintes.

La personne peut également décider de prendre ses repas en chambre. Cependant, la volonté d'éviter l'isolement et le repli de la personne, et la prise en compte de la charge de travail du personnel, conduisent la majorité des directeurs à limiter cette possibilité, aux seuls cas où des impératifs de santé l'imposent.

Au-delà de la dimension identitaire, l'alimentation contribue à nourrir le désir vital à travers les plaisirs quotidiens qu'elle procure (1.2.2).

1.2.2 La fonction hédonique de l'alimentation

Le plaisir constitue une dimension fondamentale de la vie humaine (A), et l'aspect dominant de l'acte alimentaire (B).

A) Le plaisir, dimension fondamentale de la vie humaine

Le substantif « plaisir » est apparu dans la langue française au XI^e siècle.

Construit à partir de la racine latine *placere*, « plaire », il est communément défini comme un « *état affectif fondamental, un des pôles de la vie affective; sensation ou émotion*

⁴⁶ REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O n°54 du 5 mars 2002, p.4118.

agréable liée à la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, à l'exercice harmonieux des activités vitales.»⁴⁷

L'expérience du plaisir a suscité de nombreuses réflexions. Aussi, je tenterai d'apporter un éclairage pluridisciplinaire de la notion en développant tout d'abord, son approche dans la pensée philosophique, religieuse et psychanalytique (a), puis scientifique (b).

a) *Le plaisir dans la pensée philosophique, religieuse et psychanalytique*

Dans un premier temps, au centre des questions philosophiques, le plaisir a été ensuite, combattu au nom de la religion, pour susciter à nouveau l'intérêt de la psychanalyse.

J'évoquerai les deux grands courants philosophiques qui s'opposent sur la question du plaisir : Platon et Spinoza.

Dans la tradition platonicienne, la notion de plaisir est intrinsèquement liée au concept de désir. Or, le désir constitue l'expression du manque, de la privation, et condamne l'homme à une quête sans cesse inassouvie. L'homme doit donc se libérer des chaînes du désir, et de la recherche du plaisir.

A contrario, selon Spinoza, *«le désir [...], n'est pas autre chose que l'essence de l'homme»⁴⁸*. Il s'agit en effet, d'une puissance positive d'affirmation de soi dont le plaisir constitue la manifestation. Il conclut, *« nous ne désirons une chose parce que nous la jugeons bonne. C'est au contraire, parce que nous la désirons que nous la jugeons bonne »⁴⁹*.

Combattu par la religion catholique comme à l'origine du dévoiement de l'homme, la notion de plaisir a trouvé un regain d'intérêt au sein des théories psychanalytiques.

Ainsi, S. Freud affirmait *« on le voit, c'est simplement le principe de plaisir qui détermine le but de la vie, qui gouverne les opérations de l'appareil psychique : aucun doute ne peut subsister quant à son utilité et pourtant l'univers entier [...] cherche querelle à son programme »⁵⁰*.

En parallèle de ses réflexions téléologiques, les scientifiques décrivent le plaisir comme un phénomène biologique fondamental (b).

b) *Le plaisir, phénomène biologique fondamental : des vertus quasi- thérapeutiques ?*

Le plaisir comporte une dimension biologique qui se joue au niveau des récepteurs sensitifs en lien avec le psychisme et le cerveau.

Le plaisir s'étaye sur le système hédonique. Ce système a ces propres centres dans le cerveau (l'hypothalamus et les centres limbiques), ses propres molécules (les endomorphines,

⁴⁷ Le Petit Larousse, Dictionnaire encyclopédique, 2009, Paris, Larousse p.788.

⁴⁸ SPINOZA B., 1675, *Ethique*, Livre III, théorèmes VI, VII et scolie du théorème IX, trad. R. LANTZENBERG, 1947, Paris, Flammarion, p.40

⁴⁹ SPINOZA B., Loc.cit.

⁵⁰ FREUD S., 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, Essai de psychanalyse, Paris, Payot, p.8.

notamment) sécrétées par les neurones du centre. Toute activité agréable met jeu ce système qui libère des endomorphines dans le sang.

Par les réactions chimiques qu'il génère, le plaisir s'avère par là même, un phénomène psychologique fondamental. En effet, les endomorphines tendent à apaiser l'anxiété, stimuler la bonne humeur et les facultés intellectuelles, atténuer les effets de stress, et calmer la douleur. Le plaisir aurait donc, semble-t-il, des effets quasi-thérapeutiques.

B) Le plaisir, aspect dominant de l'acte alimentaire

Le plaisir alimentaire revêt deux dimensions : une dimension individuelle, le plaisir gustatif (a) et, une dimension collective, le plaisir du partage (b).

a) *La dimension individuelle du plaisir : le plaisir gustatif*

- Le plaisir gustatif : entre histoire personnelle et héritage historique et religieux

Le plaisir gustatif revêt un caractère éminemment personnel. Il dépasse bien souvent l'aspect qualitatif, et renvoie chacun à son histoire personnelle, et aux souvenirs qui y sont attachés, telle la « madeleine de Proust ».

Malgré cette intériorité du plaisir, on constate qu'il est teinté encore aujourd'hui, par notre héritage philosophique et religieux, et que l'homme continue à entretenir un rapport ambigu avec la nourriture. Elle est, ainsi, à la fois rejetée par un certain nombre d'idéologies, et revendiquée comme plaisir naturel de l'homme.

De même, celui-ci a évolué au cours du temps, et fait l'objet d'une histoire partagée. En effet, pendant plusieurs siècles, le plaisir alimentaire était synonyme d'abondance. Les gens fortunés sont les « gros ». Les pauvres quant à eux, sont maigres, et se contentent des jours de fêtes pour « festoyer ». Au XVIII^e siècle, le plaisir devient qualitatif, on parle alors de « nouvelle cuisine », puis au XIX^e siècle, de « gastronomie ».

Cette évolution de la notion voit en parallèle se développer les connaissances scientifiques en matière de nutrition. L'alimentation est analysée à l'aune de sa composition, et de ses calories. C'est le début des prescriptions nutritionnelles en fonction des catégories d'âge, et des régimes.

A l'heure actuelle, il semble que « l'alimentation plaisir » ait été remplacée par « l'alimentation santé ». Nouvelle mode ou prise en compte d'une réalité trop souvent négligée par le monde industriel, et le rythme de vie quotidien ?

- Le plaisir en EHPAD

Le moment du repas est bien souvent décrit comme le dernier plaisir des personnes accueillies en EHPAD. Il est l'objet d'attentes nombreuses, et le sujet de discussion privilégié des résidents. Bref, outre la couverture des besoins physiologiques, le repas contribue à nourrir le désir vital.

Or, nous l'avons vu précédemment, certains effets du vieillissement constituent un obstacle au plaisir. Ainsi, en est-il, par exemple, de l'altération des fonctions sensorielles.

Ces altérations ne le condamnent pas irrémédiablement, mais nécessitent de la créativité, et l'adaptation des saveurs, afin de susciter l'envie et l'appétit des personnes âgées.

Dans ce sens, le Conseil National de l'Alimentation (CNA) souligne que « *favoriser les plaisirs de table (alimentation de bonne qualité gustative, goût tenant compte du passé culinaire, texture adaptée, présentation) devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées* »⁵¹.

Afin d'offrir aux résidents une alimentation de bonne qualité gustative, il apparaît donc indispensable que le personnel de restauration, et tout particulièrement les cuisiniers, connaissent précisément les problèmes spécifiques de l'alimentation des personnes âgées, qu'ils aient eu l'occasion d'y réfléchir afin de mettre en place au quotidien, des stratégies pour pallier ces phénomènes.

b) *La dimension collective du plaisir : le partage*

Le repas constitue une activité sociale à part entière. En effet, « *chez l'être humain, c'est autour de la nourriture que le lien social est le plus souvent [...] mis en œuvre. [...] Le repas est le symbole par excellence de la vie communautaire* »⁵².

En EHPAD, le repas est un moment charnière, et un temps très important pour les résidents dans leur rapport aux autres, et à l'institution. En effet, il permet de sortir de son isolement éventuel, et de retrouver des valeurs de partage et d'entraide. Il est également un moment de mise en scène de soi, de représentation. La salle de restauration constitue, ainsi, un lieu d'observation et un espace central de rencontre.

Afin de conforter ces propos, une petite anecdote s'impose. Peu avant l'heure du déjeuner, Mme S. en principe, toujours très cordiale, arrive en colère. Une aide soignante va à sa rencontre. Mme S. est très contrariée, elle ne retrouve plus son peigne, et il est inconcevable pour elle, de se rendre en salle de restauration sans être coiffée. La situation est rapidement réglée, mais montre bien l'importance de ce moment dans la représentation de soi.

1.2.3 L'alimentation, facteur de préservation de la santé des personnes âgées

Le Conseil National l'alimentation souligne que « *la nutrition est un des facteurs majeurs de préservation de l'état fonctionnel, et c'est par ailleurs, un des moyens les plus facilement mobilisables pour atteindre l'objectif de maintien d'un état de santé satisfaisant.* »⁵³.

Le maintien d'un bon état nutritionnel apparaît donc central dans la préservation de la santé de la personne âgée. A ce titre, le directeur d'EHPAD doit veiller à ce que la prévention de la dénutrition soit au centre de l'accompagnement des personnes accueillies.

⁵¹ CNA, décembre 2005, *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, n°53, Paris, Ministère de la santé et des solidarités, p.10.

⁵² COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée une approche psychologique », *Gérontologie*, n°127, p.19.

⁵³ CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, op cit.,p.5.

J'exposerai dans un premier temps, les besoins nutritionnels de la personne âgée (A), puis j'évoquerai le problème persistant de la dénutrition, et ses répercussions sur l'autonomie et la qualité de vie de la personne (B).

A) Les besoins nutritionnels de la personne âgée:

« *Le groupe des personnes âgées constitue une population à risque nutritionnel compte tenu de plusieurs modifications, et notamment des changements physiologiques liés au vieillissement, des modifications du contexte psychosocial, et d'une prévalence plus importante des maladies, et de la sédentarité* »⁵⁴.

Dans ce cadre, une connaissance aiguisée des besoins nutritionnels de la personne âgée s'avère indispensable. Je développerai tout d'abord, ses besoins énergétiques (a), puis ses besoins spécifiques (b).

a) *Les besoins énergétiques*

Les personnes âgées ont tendance à diminuer leurs apports alimentaires, diminution justifiée par une activité physique moindre. Or, les besoins énergétiques ne sont pas moins importants que ceux de l'adulte. En effet, les apports doivent rester élevés compte tenu du moins bon rendement musculaire et métabolique. Ils sont estimés à 2000 Kcal/ jour pour l'homme, et à 1800 kcal/jour chez la femme.

Au sein de cette ration énergétique, la part de protéines doit être importante car le sujet âgé a du mal à reconstituer les protéines catabolisées quotidiennement pour les besoins physiologiques ou pathologiques, et donc à conserver sa masse musculaire. Les glucides doivent représenter la moitié des apports, et les lipides une part raisonnable.

b) *Les besoins spécifiques*

Par ailleurs, le vieillissement affecte l'absorption, et la métabolisation de certains éléments nutritifs spécifiques comme les vitamines et le calcium.

Les déficits vitaminiques les plus fréquents chez la personne âgée concernent principalement les vitamines B, D, et E.

Les vitamines B6 et B12 sont importantes dans la prévention du déclin des facultés cognitives, et du risque de maladie coronarienne⁵⁵. La vitamine E renforce le système immunitaire, et peut entraîner une diminution du risque d'apparition de la cataracte, et des maladies cardiaques⁵⁶. Le calcium et la vitamine D contribuent à la réduction des risques d'ostéoporose, de fracture, et d'handicap⁵⁷.

Enfin, je terminerai ce développement en soulignant que le risque de déshydratation est également élevé chez les personnes âgées. En effet, l'eau contenue dans le corps, la

⁵⁴ KERGOAT M-J., 2004, « Médicaments et aliments : un mariage de raison », *Vie et Vieillesse*, n°3, p.36.

⁵⁵ Les apports journaliers recommandés sont de 2,2 mg pour la vitamine B6, et de 3µg pour la vitamine B12.

⁵⁶ Les apports nutritionnels conseillés (ANC) sont de 20 à 50 mg/jour.

sensation de soif diminue, et les éliminations urinaires s'accompagnent d'une plus grande perte d'eau. Il faut, donc, encourager le sujet à boire même sans soif afin que son apport minimum soit équivalent à 1,5 litres.

Malgré les connaissances dont nous disposons aujourd'hui, la dénutrition de la personne âgée reste un problème récurrent (B).

B) La dénutrition de la personne âgée

La dénutrition constitue l'un des risques majeurs du vieillissement. Malgré une mobilisation des pouvoirs publics⁵⁸, et une sensibilisation accrue de l'ensemble des professionnels travaillant auprès des personnes âgées, sa prévalence à domicile comme en institution reste élevée⁵⁹.

La multiplicité des facteurs à l'origine de la dénutrition du sujet âgé requiert une vigilance de chaque instant, et s'avère parfois difficile à maîtriser (a). Une fois installée, la dénutrition a des conséquences graves, et souvent définitives sur l'autonomie et la qualité de vie de la personne (b).

a) *La dénutrition, des causes multiples*

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la dénutrition résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétique de l'organisme* »⁶⁰.

Elle se manifeste à travers une perte de poids supérieure à 10% (en moins de 6 mois), associée à une diminution de la masse corporelle totale (en particulier, de la masse musculaire).

Les causes à l'origine de la dénutrition sont multiples : physiologiques, psychologiques, pathologiques ou encore, physiques (diminution de l'activité physique).

Selon M. Ferry, trois facteurs semblent influencer significativement la survenue du phénomène de dénutrition : la maladie, le lieu de vie, le mode de vie⁶¹.

- **la maladie** : sont en causes, les pathologies de certains organes tel que l'altération du goût, de la salive, les maladies neuro-dégénératives ou vasculaires qui modifient le comportement alimentaire, les médicaments, et les pathologies systémiques inflammatoires, infectieuses ou cancéreuses.

⁵⁷ L'ANC pour le calcium est de 1200 mg/jour et pour la vitamine D, de 10 à 15 µmg/jour.

⁵⁸ Le PNNS 1 et la loi du 9 août 2004 ont posé comme objectif de réduire de 20% les cas de dénutrition concernant des personnes âgées.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, janvier 2001, Programme National Nutrition Santé (2001-2005), Paris, Ministère de la Santé et de la Solidarité, 40 p. www.sante.gouv.fr
REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO n°185 du 12 août 2004, p.14399

⁵⁹ Plusieurs études françaises estiment les taux de prévalence de la dénutrition entre 16 et 60% pour les personnes vivant en institution.

⁶⁰ HAS, juin 2007 *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, Paris, HAS, 25 p. www.has.sante.gouv.fr

⁶¹ FERRY M., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, 3ème édition, Paris, Abrégés, Masson, p.96.

- **le lieu de vie** : Deux situations semblent expliquer l'importance du phénomène de dénutrition en institution, d'une part, l'inadaptation de la prestation restauration (le temps d'aide au repas trop faible, les goûts des personnes de la personne ne sont pas respectés ...etc.) et d'autre part, la difficulté pour la personne à s'adapter à cet environnement collectif (développement d'un syndrome dépressif initié par un sentiment d'inutilité).
- **le mode de vie** : la sédentarité, les régimes souvent abusifs, et les multiples prescriptions médicamenteuses.

b) *La dénutrition, des conséquences graves en terme d'autonomie de la personne*

La dénutrition entraîne une altération globale de l'état général de la personne qui se manifeste au travers d'un amaigrissement constant associé à une asthénie, et une anorexie progressive.

Cet état entraîne une accentuation des troubles psychiques, conduit à un épuisement des réserves de l'organisme, et plonge la personne dans « *une spirale péjorative susceptible de mettre en jeu son pronostic vital* ».

M. Ferry décrit cette « *spirale infernale*», et constate que l'on observe « *en boucle les dégradations suivantes : amaigrissement, déficit immunitaire, infections urinaires et respiratoires, hypoalbuminémie, troubles psychiques, risques iatrogènes, escarres, chutes, fractures, état grabataire* »⁶².

La dénutrition est à l'origine d'une augmentation importante de la morbidité infectieuse. Le risque de mortalité est quant à lui, multiplié par quatre.

Pour conclure, je soulignerai que l'importance du phénomène de dénutrition doit amener le directeur à s'interroger sur l'adaptation du service restauration, le degré de professionnalisation des équipes, et leur compréhension des enjeux de la prévention d'un tel phénomène : risque accru de grabatisation de la personne, alourdissement de la charge de travail des équipes, pertes financières pour l'établissement.

La restauration en EHPAD parce qu'elle le vecteur de l'ensemble des dimensions de l'alimentation semble par conséquent occuper une place importante au sein de l'accompagnement des personnes âgées.

Cependant, qu'en est il sur le terrain ?

Dans ce sens, j'interrogerai l'organisation de la fonction restauration de l'EHPAD Résidence Jallier afin de déterminer quelle place est accordée à la qualité du moment repas au sein de l'accompagnement des personnes accueillies (Titre 2).

⁶² FERRY M., op.cit., p.132.

2 Analyse du fonctionnement du service restauration de l'EHPAD Résidence Jallier

L'EHPAD Résidence Jallier offre une capacité d'accueil de quatre vingt six lits répartis selon deux modalités spécifiques de prise en charge.

L'établissement dispose, en effet, de quatre-vingt places d'hébergement permanent dont douze sont réservées aux personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer dans une unité de vie protégée.

Il propose, par ailleurs, six places d'hébergement temporaire en vue d'accueillir des personnes vivant à domicile, et ayant provisoirement besoin d'assistance, ou d'une prise en charge relais.

Afin de mieux cerner la place de l'alimentation au sein de l'accompagnement de la personne âgée, j'exposerai tout d'abord, l'organisation du service restauration (2.1), puis je montrerai que l'absence de définition précise de l'identité et de l'organisation du service est préjudiciable à la qualité du moment repas (2.2).

2.1 Présentation de l'organisation du service restauration

Je décrirai, à partir de mes observations de terrain, le service restauration (2.1.1). Cette première approche sera ensuite étayée par un regard croisé des résidents, et du personnel sur l'organisation et la qualité de la prestation repas (2.1.2).

2.1.1 L'organisation et la place du service de restauration dans le quotidien de la personne âgée

A) Présentation du service restauration

J'envisagerai tout d'abord, l'organisation interne du service restauration (a) puis j'insisterai sur l'existence d'un travail partenarial et transdisciplinaire avec les autres professionnels de l'établissement, et notamment avec l'équipe soignante (b).

a) L'organisation interne du service restauration

- Les menus :

Il existe un plan alimentaire sur quatre semaines décliné en différents menus. Les menus sont élaborés, par la diététicienne de l'établissement, devenue également depuis le 1^{er} janvier 2009, responsable de restauration. Elle bénéficie par conséquent, d'une compétence double permettant de garantir le meilleur rapport qualité/prix des repas servis aux résidents.

Le déjeuner se compose d'une entrée au choix (potage ou autre met), d'une viande ou d'un poisson accompagné d'un légume, d'un fromage et d'un fruit. Le soir, le repas est composé d'un potage, d'un plat et d'un laitage.

Si le menu proposé déplaît à un résident, il n'existe pas de réelle alternative, seule une tranche de jambon est proposée.

- La confection et la distribution des repas

- **des repas préparés sur site**

En moyenne, 180 repas sont préparés quotidiennement, repas du personnel compris.

Autrefois en liaison chaude le midi et le soir, la production est passée en 2006, en liaison froide, le soir. Cette décision de la direction a été motivée afin de tenir compte des impératifs d'hygiène, et de permettre aux cuisiniers, désormais en horaires continus, de consacrer plus de temps à la cuisine.

Les repas de la journée sont donc, préparés le matin : le repas du midi est maintenu en température, et servi directement, et le repas du soir est refroidi, puis remis en température, par deux agents hôteliers, peu avant l'heure du dîner.

- **Les équipes cuisine et hôtelière**

La confection des repas est assurée par deux cuisiniers, et un agent qui aide à la préparation.

Le premier cuisinier travaille à plein temps. Il est diplômé d'un Certificat d'Aptitude Technique (CAT). Il bénéficie de 5 ans d'expérience dans la restauration classique, et a occupé pendant 8 ans, un poste de chef de restauration dans un établissement pour personnes âgées du privé associatif. Il travaille depuis quinze ans au sein de l'établissement.

Le second cuisinier travaille à mi temps. Il a rejoint l'équipe cuisine de la Résidence à la suite de l'obtention d'un Brevet de Technicien Supérieur (BTS) en hôtellerie.

Enfin, l'agent qui aide à la préparation en cuisine travaille à temps plein. Il ne dispose pas de diplôme spécifique, mais bénéficie d'une longue expérience dans le domaine de la restauration collective.

Chaque jour, deux agents sont présents en cuisine entre 7 heures et 14 heures. Ils assurent la préparation du repas, participent au service en salle (dressage des assiettes), et procèdent au nettoyage de la cuisine.

L'effectif des cuisiniers ne permet pas actuellement d'assurer un roulement correct lors des congés. Aussi, n'est il pas rare que les agents de l'équipe hôtelière interviennent en cuisine.

L'équipe hôtelière est constituée de huit agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ) travaillant à temps plein. La majorité des membres de l'équipe travaille au sein de l'établissement depuis plusieurs années.

Chaque jour, quatre agents sont présents. Deux agents assurent la préparation et le service des petits déjeuners et du déjeuner de 7h00 à 14h00. Les deux autres arrivent à 14h00, terminent le nettoyage de la cuisine, dressent les tables pour le dîner, et assurent le service de la collation et du dîner. Leur travail se termine à 21h00.

b) *Les relations avec les autres équipes : partenariat et pluridisciplinarité*

Une démarche pluridisciplinaire sur l'alimentation, est largement intégrée dans la pratique institutionnelle permettant ainsi, un suivi nutritionnel des résidents, et une adaptation quotidienne du repas à leurs besoins.

- le suivi nutritionnel des résidents

L'arrivée en 2006 de la diététicienne en 2006, a ouvert la voie à la mise en place de nombreux outils de lutte contre la dénutrition : fiches de suivi des ingesta, courbe de poids, suivi des albumines. A partir de ses outils, les agents exercent chacun à leur échelle, une vigilance. Les agents hôteliers interpellent la diététicienne s'ils constatent la diminution de l'appétit d'un résident. Sur ses consignes, la texture du repas est adaptée, des mets enrichis sont proposés, et les ingesta sont évalués pendant au moins trois jours. En parallèle, les aides soignantes contrôlent le poids, et une surveillance du taux d'albumine peut être décidée par le médecin traitant.

- L'adaptation quotidienne aux besoins des résidents

Un partenariat quotidien entre les différentes équipes permet d'adapter la prestation aux besoins des résidents. En effet, chaque matin entre 9h15 et 9h30, l'ensemble des équipes soignante, hôtelière, technique et administrative se réunissent afin de faire le point sur les problématiques relatives aux résidents. Sont bien souvent en cause des questions liées aux repas : problèmes de régimes, de compléments alimentaires, mise en place d'un suivi nutritionnel, demandes particulières d'un résident.

Si des problèmes spécifiques se posent, des réunions pluridisciplinaires animées par le médecin coordonnateur, le cadre de santé et la diététicienne, sont organisées afin de mener une réflexion plus approfondie.

B) *La place du repas dans la journée de la personne âgée*

N. Carrier souligne l'importance du contexte alimentaire c'est-à-dire le lieu, le moment de la consommation, et la convivialité de la situation de partage. En effet « *le contexte est toujours ce qui donne du sens aux comportements alimentaires* »⁶³.

Je développerai par conséquent, l'ensemble de ces éléments, et identifierai les ressources, et les points à améliorer en vue d'offrir au résident une prestation de qualité.

a) *Le petit déjeuner et la collation de 16h00*

- Le petit déjeuner

Le petit déjeuner est servi à partir de 8 heures par deux agents de l'équipe hôtelière. Le service est réalisé en principe en chambre. Certaines personnes ne souhaitant pas être seules, prennent leur petit déjeuner dans le petit salon du 1^{er} étage.

⁶³ CARRIER N., 2004 « Expériences différentes lors de repas des résidents lucides et non lucides en soins de longue durée », *Vie et Vieillesse*, n°3, p.25.

- la collation de 16h

La collation de 16 heures est servie aux résidents en chambre, en salle d'animation, dans le grand hall d'entrée, et dans les petits salons de l'établissement. Les agents de l'équipe hôtelière s'adaptent afin de ne pas interférer dans les activités de l'après midi. Leurs connaissances des habitudes des résidents facilitent leur travail.

b) *Le déjeuner et le dîner*

- Les repas en salle de restauration

La salle de restauration jouxte la cuisine. Il s'agit d'une pièce vaste avec de hauts plafonds aux couleurs chaudes. La majorité des tables disponibles sont des tables de quatre, deux grandes tables réunissent les personnes nécessitant une aide à la prise alimentaire. Une autre grande table, un peu en retrait, permet d'accueillir les résidents et leurs familles afin de leur laisser un espace d'intimité.

La salle de restauration accueille soixante deux résidents. Chaque résident dispose d'une place indiquée par une étiquette avec leur nom et leur prénom. Le nombre accru de résidents en fauteuil roulant a tendance, aujourd'hui, à poser certaines difficultés en terme d'espace, à l'origine parfois de modification des plans de table.

Afin de permettre aux résidents de manger à leur rythme, le déjeuner se déroule entre 12h00 et 13h00, et le dîner entre 19h00 et 20h.

Le service se fait à partir d'un chariot central. Celui ci entraîne le « va et vient » des agents, et peut donner aux résidents un sentiment de précipitation renforcé par le raisonnement du bruit (haut plafond).

Pour le déjeuner, le cuisinier dresse les assiettes, deux agents hôteliers assurent le service, et deux aides soignantes, l'aide à la prise alimentaire. Pour le dîner, seuls deux agents hôteliers, et une aide soignante sont présents.

Trois personnes nécessitent une aide totale à la prise alimentaire, et neuf personnes ont besoin d'aide ponctuelle et d'une surveillance.

- Le « regroupement » du 1er étage

Le « regroupement » a été aménagé pour les personnes nécessitant une aide à la prise alimentaire importante.

Celui ci est situé au premier étage dans un renforcement de couloir qui tient lieu de petit salon. Il s'agit d'un lieu de passage, qui ne s'avère pas toujours propice à assurer l'intimité nécessaire pour ces personnes qui ont du mal à manger, et qui, en quittant la salle de restauration, souhaitent se protéger des regards.

La direction a conscience de cette réalité, mais l'établissement manque de locaux suffisamment grands, et proches d'une tisanerie.

Actuellement, le regroupement du 1^{er} étage accueille six personnes parmi lesquelles deux nécessitent une aide totale à la prise alimentaire, et quatre doivent être stimulées.

Le service se fait en plateaux. Ils sont amenés par les agents hôteliers peu avant l'heure du déjeuner, et à 18h00 pour le dîner. Deux aides soignantes sont présentes pour assurer l'aide à la prise alimentaire.

- Le cantou

Le cantou dispose d'une salle de restauration au mobilier adapté en vue de stimuler la prise alimentaire des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit, notamment, de deux tables en demi lune permettant aux agents de s'asseoir en face du résident, et d'instaurer, ainsi, un véritable échange avec la personne.

Les résidents bénéficient d'une grande liberté dans le choix du lieu de repas. Il s'agit avant tout pour ces personnes souvent sujettes aux troubles alimentaires et présentant un risque élevé de dénutrition, de favoriser la consommation alimentaire.

Le service des repas se fait à l'assiette à partir d'un chariot central. Les agents tentent de tenir compte au mieux des goûts du résident, et tout particulièrement, de leur appétence pour le sucré. Ainsi, il n'est pas rare qu'à la place ou en complément du repas, plusieurs desserts soient proposés aux résidents.

L'aide à la prise alimentaire est assurée par une aide médico-psychologique (AMP) et une aide soignante. L'AMP est en journée continue de 12 heures (8h00-20h00), l'aide soignante en horaires coupés (8h30-13h00/17h00-20h30) afin d'assurer un renfort durant les temps forts. Deux personnes à un stade très avancé de la maladie bénéficient d'une aide totale à la prise alimentaire, les autres résidents doivent être surveillés et stimulés.

- Le service en chambre

Les personnes qui le souhaitent peuvent prendre leur repas en chambre. Cette liberté de choix n'est pas totale car les contraintes organisationnelles (et notamment de personnel), et la volonté d'éviter l'isolement et le repli sur soi des personnes tendent à limiter cette possibilité. Aussi, chaque matin en réunion, les équipes déterminent avec l'infirmière, quelles sont les personnes qui restent en chambre.

Les plateaux sont servis en chambre peu avant midi et à 18h00, le soir.

- L'hébergement temporaire

L'hébergement temporaire est situé dans un pavillon distinct de la structure principale. Construit sur le modèle d'une maison traditionnelle, il dispose d'une cuisine et, d'une salle à manger spacieuse où les résidents ont plaisir à prendre leur repas.

Les plateaux sont portés à l'hébergement peu avant l'heure du repas. L'agent présent dresse la table, et invite les résidents à y prendre place.

2.1.2 Un regard croisé du personnel et des résidents sur la restauration

Afin d'étayer ma présentation, il m'a semblé pertinent d'envisager le service restauration à partir d'un regard croisé du personnel (A) et des résidents (B).

A) Le personnel

Mon enquête auprès du personnel a été réalisée à partir de deux techniques: l'entretien et le questionnaire.

- Les entretiens avec le personnel de l'équipe cuisine et hôtelière

Ces entretiens visaient un double échange. En effet, il s'agissait d'une part, de recueillir les souhaits et les remarques des agents sur les problèmes quotidiens, et d'autre part, d'assurer la transparence de ma démarche, et de les intégrer dans le processus de réflexion.

- L'entretien avec l'équipe cuisine

J'ai réalisé un entretien avec les cuisiniers. L'accueil qui m'a été réservé s'est révélé plutôt hostile. En effet, en tant que représentante de la direction, ma présence, et mes questions ont été perçues comme un moyen de contrôle, et une source de contraintes nouvelles. Par ailleurs, le fait qu'un élève directeur s'intéresse à leur travail les a surpris. En effet, bien souvent, seul le soin est l'objet de nombreuses attentions. Aussi, les équipes logistiques n'ont pas toujours conscience, ou ne prennent pas la mesure de l'importance ces prestations dans l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD.

Contenu de l'entretien :

Ce premier entretien visait à mieux cerner l'organisation du service restauration. Il avait été précédé par un temps d'observation en cuisine durant une matinée.

Il en ressort plusieurs points :

- Les commandes : « *c'est celui qui est présent en cuisine qui passe les commandes* ». Cependant, comment savoir quelles sont les commandes du jour ? « *On a l'habitude, il n'y pas de problème* ». En creusant davantage la question, j'apprend que ce manque de coordination est parfois à l'origine de dysfonctionnements dans la gestion des stocks.

- La formation « *je n'ai pas eu de formation mais avec le temps je connais mon métier et les personnes âgées* ».

- Le manque de temps « *tous les jours c'est comme ça, on cuisine, on répond au téléphone, on passe les commandes, on les réceptionne, on a pas le temps de tout faire et puis on est tout le temps interrompu dans notre cuisine, alors des fois, il y des ratés, forcément, on ne peut pas être au four et au moulin* ».

- L'importance du repas pour les résidents « *c'est la dernière chose qui leur reste ...* ».

- La banalisation des critiques des résidents : « *C'est difficile de contenter tout le monde [...] il y en a certain qui passent leur temps à râler, on l'est connaît. En fait, ils cherchent avant tout un prétexte pour parler, pour qu'on s'intéresse à eux* ».

- **La réunion d'équipe**

Ce second entretien s'est déroulé sous la forme d'une réunion d'équipe au début du mois de janvier 2009. Animé en binôme avec la responsable de restauration, nouvellement en poste, elle était l'occasion de dresser un état des lieux de la fonction restauration et d'évoquer, des pistes de réflexion en vue de l'amélioration de la prestation.

Il ressort de cette réunion, plusieurs éléments :

- La qualité des repas servis : « *c'est vrai que des fois ça donne pas envie* ».

- Le mécontentement des résidents : « *parfois c'est dur à supporter, les résidents se plaignent, alors c'est pas toujours bon mais quand même, on a l'impression de faire de notre mieux* »; « *les résidents sont souvent impatients, alors on court* ».

- L'absence de plats de remplacement : « *la tranche de jambon pour les résidents c'est terrible, il y en a certain qui mange du jambon tout le temps, et puis lorsqu'une personne demande un yaourt à la place du fruit, on ne sait pas quoi répondre, si on le donne à un, il faut le donner à tous et alors, là on ne peut pas* ».

- Les plannings : le sujet n'a pas été amené mais il apparaît comme un sujet de conflit entre les équipes « *c'est toujours les mêmes qui travaillent le soir* ». Mme H souligne ainsi que « *ce mois ci, j'ai travaillé le soir 18 fois, ce n'est pas normal, quand il y en a d'autres qui ...* ».

- **Le questionnaire⁶⁴**

Ses objectifs

Ce questionnaire avait de multiples objectifs. Il devait me permettre de cerner la perception qu'avait le personnel de l'alimentation (restauration et nutrition), et son importance au sein de l'accompagnement des personnes âgées, et par ailleurs, d'identifier d'éventuels besoins en formation.

La méthodologie et procédure de collecte des données

J'ai diffusé le questionnaire lors de la réunion de transmission quotidienne, et expliqué son enjeu. Il comprenait des questions à réponses binaires afin d'obtenir un positionnement clairs et tranchés des agents, complétées par des questions semi-ouvertes favorisant la libre expression.

Il s'est déroulé sous le mode auto-administré. Celui-ci m'a semblé le plus efficient, car il est souple et adapté aux contraintes de temps. Les agents disposaient de 15 jours pour le remplir.

Les résultats de l'enquête :

- **La participation et l'implication des agents**

Sur 59 agents concernés par cette enquête, 31 agents ont répondu au questionnaire, soit une participation de 52%. Il est important de souligner que la majorité d'entre eux ont fait l'objet d'annotations, et de remarques. Il a donc été perçu comme une opportunité de s'exprimer et d'être entendu.

⁶⁴ Annexe 2, p.IV à V

- **Les réponses obtenues et leurs analyses** : Je ne présenterai ici que les grandes tendances par thème, et par question⁶⁵.

Sur les questions relatives au **Thème 1 : Le repas des résidents** :

Question 1 Que représente pour vous l'alimentation en EHPAD? 94% des agents considèrent que l'alimentation en EHPAD est synonyme de plaisir, 35% qu'elle constitue également un besoin physiologique, et seulement 29% des agents l'incluent dans le soin (en particulier, le personnel infirmier).

Question 2 Les habitudes des résidents sont elles prises en compte? Les réponses obtenues sont tout à fait surprenantes : la moitié des agents ont répondu que les habitudes des résidents sont prises en compte, et l'autre moitié, qu'elles ne l'étaient pas. Lorsque l'on regarde les réponses données en fonction des catégories professionnelles, on s'aperçoit que cette question divise également. Ainsi, 25% des infirmières ont répondu OUI, et 75%, NON. De même, parmi les aides soignantes, 70% ont répondu OUI et 30%, NON.

Les agents ayant répondu par l'affirmative ont cité les outils permettant de recenser les habitudes des résidents : « *recueil des habitudes de vie* », « *choix pour le petit déjeuner et goûter* » « *plan de soins, inventaire des goûts et dégoûts* ». Cependant ; ces outils sont ils réellement exploités, et les habitudes des résidents véritablement prises en compte ? Il semble que des outils existent, mais ne sont pas intégrés à la pratique quotidienne.

Question 3 Selon vous, les résidents apprécient ils ce moment? 90% des agents ont répondu par l'affirmative. Une personne n'a pas répondu, et deux agents parmi les aides soignantes et les ASHQ ont répondu NON.

Les agents ont justifié leurs réponses de la manière suivante : « *lieu de restauration agréable, temps important* », « *moment d'échange et de convivialité* », « *dialogues avec le personnel* », « *moment qui rythme la journée* ». Les agents ayant répondu négativement soulignent: « *ils ne sont pas toujours satisfaits* », « *souvent des remarques sur la qualité* ».

Question 4 Observez vous si les résidents terminent leur repas?

Question 5 Avez-vous l'occasion d'échanger avec les cuisiniers?

90% des agents affirment observer si les résidents ont terminé ou pas leur repas.

Les agents ont apporté les précisions suivantes : « *la viande et plus largement le plat de résistance* »; « *les légumes sans assortiment* », « *viandes trop dures, alimentation à répétition* ». Dans ce cadre, 68% disent informer le cuisinier des remarques des résidents.

Sur les questions relatives au **Thème 2 Le déroulement du repas** :

Question 6 Selon vous les horaires des repas sont ils adaptés au rythme de vie? Selon 81% des agents, les horaires sont adaptés aux résidents. Les agents qui ont répondu par la

⁶⁵ Présentés sous forme de tableaux et d'histogrammes, les résultats du questionnaire sont l'objet de l'annexe 3 p.VI à XIII

négative, évoquent plus précisément, l'heure du dîner pour les personnes prenant leur repas en chambre, ou au regroupement du premier étage. En effet, le manque d'agent, et la question des couchers conduisent à servir ces personnes avant l'heure du repas en salle de restauration, soit à 18h00.

Question 6 bis Selon vous, les horaires des repas sont ils adaptés à l'organisation du travail ? On retrouve ici la même problématique que celle évoquée ci-dessus, les agents ayant répondu par la négative mettent en exergue le fait que les effectifs sont insuffisants et, entraînent du stress et de la précipitation au moment du dîner.

Question 7 Selon vous, les repas constituent-ils un repère important pour les résidents? Pourquoi?

Cette question emporte un véritable consensus: 96% des agents ont répondu par l'affirmative, les autres n'ayant pas répondu.

A l'appui de leur affirmations, ils ont apporté les précisions suivantes : « *rythme la journée, moment d'entraide entre résidents* » ; « *un moment pour se retrouver* » ; « *un moment de plaisir* » ; « *depuis la naissance, tout être humain vit au rythme des repas!* ».

Question 8 Dans quelles conditions se déroulent les repas ? Vous semblent elles satisfaisantes ? Pour quelles raisons ? 41% des agents ont répondu OUI, 48% NON, 10% se sont abstenus de répondre. Parmi les réponses négatives, se dégagent les réponses des aides soignantes (57%) et des ASHQ (57%).

Ces réponses sont éclairées de la manière suivante : « *1 AS pour gérer le service du soir (aide prise alimentaire, couper la viande et aider l'hôtesse à servir)* » ; « *le soir pas assez de personnes pour aider les résidents* » ; « *on oublie le café, la tisane* » ; « *trop rapide* ».

Question 9 Selon vous quels sont les facteurs pour encourager la prise alimentaire?

Parmi les facteurs encourageant la prise alimentaire ont été dégagés par ordre d'importance : l'aide à la prise alimentaire (77%), le contenu de l'assiette (74%), le choix de la table (70%), la durée du repas (61%) et le cadre (48%).

Pour 9% des agents, d'autres paramètres sont à retenir comme « *la prise en compte des goûts et possibilité de faire des choix* » ; « *le calme et la lumière* » ; « *la possibilité de partager en famille* » ; « *les échanges entre hôtesse/soignants/résidents* ».

Réponses relatives au **THEME 3 Alimentation et Maladie d'Alzheimer**

Ce thème a présenté l'avantage de poser aux agents des questions sur lesquelles beaucoup ne s'étaient pas interrogés jusqu'à présent, et d'identifier, par là même, un besoin de formation.

Question 10 Selon vous, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer conservent elles la sensation de faim? 58% des agents ont répondu par l'affirmative, 26% par la négative.

Question 10 bis Conservent elles le goût? 61% des agents ont répondu par l'affirmative, 16% par la négative, et 23% se sont abstenus.

Question 11 Selon vous, un suivi nutritionnel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'impose en prévention de : Pour 45% des agents, un suivi nutritionnel d'Alzheimer s'impose en prévention de l'aggravation du déficit cognitif, pour 74% en prévention de l'aggravation de l'état de dénutrition de la personne, 23% des agents n'ont pas répondu

Au regard des réponses formulées, il semble que les agents, aient des difficultés à cerner les répercussions de la maladie d'Alzheimer sur l'alimentation de la personne.

Question 12 Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'alimentation des personnes âgées? Souhaiteriez vous bénéficier d'une telle formation? 26% des agents ont bénéficié, au cours de leur parcours professionnel, d'une formation sur l'alimentation de la personne âgée, 55% non, et 19% n'ont pas répondu à la question.

Les réponses négatives émanent principalement des aides soignantes et des ASHQ

78% des agents se déclarent favorable au suivi d'une formation, seul un agent trouve ce type de formation inutile.

B) Les résidents

Leurs objectifs : Il s'agissait de recueillir la parole des résidents mais également de les positionner en tant qu'acteurs dans la réorganisation du service.

La méthodologie :

- Des entretiens menés sous forme semi directive⁶⁶ :

Parmi les nombreuses formes d'entretien possible, j'ai choisi l'entretien semi directif, car il semblait constituer l'outil le plus efficace pour atteindre mes objectifs. Comme le souligne A. Blanchet, « *l'entretien semi directif est un "speech event" dans lequel la personne qui réalise l'entretien extrait une information de la personne entretenue, information qui était contenue dans sa biographie* »⁶⁷. Il s'agit, ainsi, par le biais de questions ouvertes, d'offrir un temps de parole aux personnes âgées.

J'ai rencontré quelques difficultés lors de mes premiers entretiens. Le repas, la nourriture sont des sujets qui en principe, ne laissent pas les résidents sans voix. Cependant, les personnes interrogées s'exprimaient peu. J'ai tout d'abord changé certains éléments de mon guide, et notamment l'ordre des thèmes de discussion, mais la situation ne s'améliorait pas de manière sensible. J'ai alors modifié le contexte dans lequel se déroulaient les entretiens, le tête à tête en chambre en milieu d'après midi s'avérait peut être finalement peu propice à la libre expression de la personne. Je ressentais par ailleurs, une certaine angoisse des personnes lorsque que je les interrogeais, leur crainte étant de ne pas arriver à répondre.

⁶⁶ Annexe 4 : Guide : entretien semi directif, p.XIII

⁶⁷ BLANCHET A., 1991, *Dire et faire dire : l'entretien*, Paris, Armand Colin, p.103

J'ai décidé de rencontrer les personnes en groupe, peu avant l'heure du repas du midi dans le grand hall de l'entrée. Le lieu n'était pas particulièrement calme, mais un phénomène d'émulation m'a permis d'assister à des entretiens très animés.

- Les personnes interrogées :

Une trentaine de personnes ont été sélectionnées avec l'aide de la psychologue. Mon objectif était de réunir dans ce groupe, un échantillon des différentes personnes accueillies.

L'analyse des résultats :

Chaque entretien a été analysé pour en dégager les thèmes principaux. Ces thèmes ont été ensuite confrontés en vue d'identifier les plus récurrents. Par « thème », il convient d'entendre « noyau de sens » c'est-à-dire « *une phrase ou une phrase composée, habituellement un résumé ou une phrase condensée sous laquelle un vaste ensemble de formulations singulières peuvent être affectées* »⁶⁸.

Les thèmes recueillis à partir des entretiens sont les suivants : le passé, le plaisir, la santé, l'organisation et la qualité des repas. Les trois premiers items renseignent sur les fonctions de l'alimentation, le dernier identifie les points forts et les points à améliorer dans l'organisation et le fonctionnement actuel du service restauration.

Le passé :

Le passé est évoqué avec une grande nostalgie. Ces souvenirs renvoient à leurs statuts respectifs au sein de l'organisation sociale et familiale. La femme occupait un rôle intra-familial au sein duquel la cuisine, en tant que support affectif, notamment, jouissait d'une place extrêmement importante.

Ainsi, en est il de Mme N, femme d'officier, qui raconte : « *j'ai vécu dans un milieu bourgeois* » ; « *je sais ce que c'est de tenir une maison et pas un petit coin de cuisine pour trois personnes* », ou encore Mme L, centenaire, « *je faisais la cuisine, on était une grande famille, jamais nous avons manqué, on faisait beaucoup avec pas grand-chose* ».

La perte d'autonomie et l'entrée en établissement les ont dépossédées de la possibilité de gérer leurs affaires quotidiennes, et notamment la cuisine.

L'évocation du passé est, également, l'occasion de critiquer les repas servis à la Résidence : « *ah ce n'était pas comme ici, je mangeais des œufs aux plats, du pot au feu, d'autres yaourts, d'autres viandes* »

Ces critiques peuvent également avoir pour origine un fossé culturel. Ainsi, Mme B. « *Je viens d'Algérie, là bas on mange beaucoup de fruits, de légumes, mais ici rien, de la choucouka, beaucoup de poissons mais pas surgelé comme ici* » ou encore, Mme J qui s'emporte un jour en salle de restauration: « *Ah non mais ici, c'est vraiment n'importe quoi, des paupiettes avec de la semoule, je n'ai jamais vu ça, la semoule c'est avec le couscous !* ».

⁶⁸ BARDIN L, 1989, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, p.136.

Le plaisir

Le plaisir gustatif : Mme J., les yeux pétillant, m'explique « *j'adore manger, je suis très gourmande [...] parfois je demande à mon fils de m'acheter de la charcuterie, j'adore la charcuterie et puis du chocolat [...] on est plusieurs à faire ça, et puis après on se retrouve dans nos chambres* ». Enfin, M.M me dit « *j'aime manger, ça me rend heureux et ici, il y a peu de chose* », et M.E confirme « *c'est important, on a que ça* ».

Le plaisir partage, la convivialité : La salle de restauration constitue l'un des principaux espaces de rencontre entre les résidents. Les discussions sont bien souvent consacrées à l'appréciation de la qualité et de la quantité de la nourriture servie à table.

Ainsi, Mme A, « *Oh oui, je suis avec Mme V, Mme C, et Mme Z et tout va bien, on discute de tout et de rien, souvent du repas* » ou, Mme J. « *il y a une bonne entente, j'ai Mme X, Mme Y mais elle est sourde comme un pot alors on communique avec des gestes* » ou enfin, Mme S. , « *je ne peux pas rester toute seule [...] à table nous sommes quatre et tout va bien* », « *des fois on se dit à la fin repas parfois c'était parfait d'autre fois, moins* ».

Cependant, ce plaisir de déjeuner ensemble n'est pas partagé par l'ensemble des résidents. Ainsi, en est il de Mme G « *moi je parle pas tellement à table* » « *si je pouvais, je mangerais seule* », ou de Mme N, qui déjeune seule à une table. De manière générale, elle a noué peu de contact avec les autres résidents qui « *parlent de sujets qui ne l'intéressent pas* ».

La santé :

Mme P, résidente du cantou m'explique « *je fais attention à ce que je mange [...] je veux ce qu'il faut, il faut que ce soit complet, équilibré* » et conclut, « *c'est normal et c'est un sujet [l'alimentation] véritable* ».

M. A : « *je mange normalement comme un homme qui se porte en bonne santé et titulaire des cinq doigts de la main* », et précise que manger est important « *parce qu'on a besoin de vitamines* ».

Le thème de la santé, est également l'occasion d'évoquer les problèmes digestifs des personnes interrogées. Ce sujet apparaît de manière récurrente. Ainsi, Mme N. me confie « *Je suis un régime, je fais très attention, je ne mange pas de crudités depuis vingt ans, cela me perturbe* », de même, pour Mme S qui s'interdit les flageolets.

L'organisation et la qualité des repas

- L'organisation des repas

- Le personnel

Mme J souligne que « *Le soir c'est juste, il n'y a que deux personnes en salle de restauration alors que le midi elles sont nombreuses* ». Mme S. relève à plusieurs reprises que « *le personnel dans l'ensemble est gentil, dévoué* ».

- L'absence de plat de remplacement

Mme J. souligne « *il faudrait deux plats, le plat du menu et autre chose, on arrive toujours à faire autre chose* ». En entretien, Mme S. me confie que « *mes intestins ne supportent pas et ça depuis toujours, les choux et les haricots* ». Cela a été dit plusieurs fois mais « *on ne me*

propose rien d'autre alors je mange du pain », et M.M, « je ne suis pas difficile mais la tranche de jambon, ça suffit ! ».

- Les changements de menus :

Mme F déplore que : *« les menus, ils ne sont jamais respectés, jamais c'est même pas la peine de le regarder après on est déçu ».*

- La participation des résidents :

M.Z atteint de la maladie d'Alzheimer me fait remarquer *« On manque d'activités ici [...] on pourrait porter le pain, mettre la table, essuyer la vaisselle [...] je le faisais chez moi avant [...] c'est normal il faut aider un peu ».*

- La qualité des repas servis

Mme N souligne *« que le potage c'est parfois de l'eau et parfois de la pâté, parfois trop salé ou parfois pas assez salé »* ajoute que *« les pâtes sont souvent trop cuites »*, et conclut en rapportant les propos d'un autre résident qu'elle qualifie de *« subtile »*, *« on ne peut pas dire que ce soit mauvais, mais on ne peut pas dire que ce soit bon non plus ».*

Mme S me confie *« vous savez j'ai été en pension dans ma jeunesse, alors là c'est un peu pareil [...] on ne peut pas dire que c'est un quatre étoile »*, et ajoute, *« ce n'est pas une cuisine raffinée ».*

Au contraire, Mme F. s'emporte et déclare : *« c'était bon à donner aux chiens [...] les croissants sont surgelés, infects »*, *« les petits pois sont à peine sortis de la boîte, et même pas chaud [...] même le chien n'en aurait pas voulu ».*

Cette enquête double permet de dégager deux axes de réflexion partagés par les agents et les résidents :

- Une organisation et une qualité des repas à améliorer
- Une prise en compte imparfaite du résident

L'ensemble de ces éléments met en évidence un manque de définition de l'identité et de l'organisation du service restauration (2.2).

2.2 Une identité et une organisation en quête de définition

Au regard des résultats de mon enquête, et à partir de la théorie de la cohésion et de la cohérence, je tenterai d'identifier les obstacles à la qualité de la prestation repas.

Le principe de cohérence est défini comme « *le degré d'articulation et de coordination entre les différentes fonctions des membres d'un groupe qui permet, à travers la réalisation des objectifs individuels spécifiques, d'atteindre les objectifs collectifs* »⁶⁹.

Le concept de cohésion doit être entendu comme le degré d'adhésion volontaire des membres du groupe à une projection dans l'avenir partagée.

Sur la base de ces deux notions, je propose deux hypothèses, sources semble t'il, des difficultés dans l'amélioration de la qualité de la prestation restauration.

Il s'agit d'une part, d'un manque d'identité de l'équipe, c'est-à-dire l'absence de détermination claire des valeurs et objectifs devant guider son action (2.2.1) et d'autre part, d'un déficit d'organisation et d'encadrement de l'équipe (2.2.2). Ces deux aspects tendent à expliquer le constat selon lequel le résident n'est plus au centre des préoccupations du service restauration.

2.2.1 . Un sens de l'action occulté par le quotidien

Le manque de réflexion sur l'identité de l'établissement et de ses valeurs (A) se traduit à travers une prise en compte imparfaite du résident dans ses besoins, et ses attentes (B).

A) Une réflexion non aboutie sur les valeurs devant guider l'action

La participation à une formation « cohésion d'équipe » m'a permis de me rendre compte de la nécessité pour les agents travaillant en EHPAD de se retrouver, et de partager les principes qui guident leurs actions.

Cette réflexion permet de recentrer l'action sur les valeurs fondatrices, et de rappeler les objectifs originels. Le quotidien et, parfois l'épuisement professionnel peuvent occulter ce sens. Elle constitue le substrat de l'élaboration du projet d'établissement.

En décembre 2007, des démarches en vue de l'élaboration du projet d'établissement ont été entreprises au sein de la Résidence Jallier.

Dans ce cadre, un partenariat avec la faculté des sciences humaines avait été conclu. La réflexion avait pour point de départ une formation, avec un diagnostic formulé en fin de journée par le responsable.

Ce diagnostic avait dégagé le constat suivant : « *une connaissance approximative des données objectives caractérisant la population présente dans l'établissement et le*

⁶⁹ Pech-Vargez, J-L. (2003). *Cohérence et cohésion de l'équipe de direction dans la petite et moyenne entreprise : le cas des hôtels familiaux au Yucatan*, Thèse Doctorale. Ecole des Hautes Etudes Commerciales, Jouy-en-Josas.

fonctionnement de l'établissement [...], la représentation que le personnel se fait du résident est majoritairement déficitaire, les réseaux de communication apparaissent lacunaires ».

A partir de ces éléments, la direction avait mis en place des groupes de travail afin de réfléchir sur la représentation du résident, et sur les valeurs de l'établissement. La démarche a été mise par la suite, entre parenthèses.

Cette réflexion non aboutie sur les principes qui rassemblent, et guident l'équipe dans son quotidien se ressent lorsqu'il est question de l'alimentation des résidents.

En effet, bien qu'un travail pluridisciplinaire sur l'alimentation existe, et que le questionnaire montre que le plaisir, la convivialité, et l'idée d'un moment privilégié avec le résident sont des valeurs partagées, on se rend compte que dans la pratique les intérêts sont parfois contradictoires.

Ainsi, pour une aide soignante, Mme.B devrait faire un régime car elle prend du poids, et la manutention lors des toilettes, et du coucher est de plus en plus difficile. Les infirmières sont quant à elles, préoccupées par le respect des régimes, Mme N doit suivre un régime hyposodé, la diététicienne et responsable de restauration s'y refuse car elle craint que la personne refuse de s'alimenter. Ces exemples montrent bien les intérêts se confrontent dans la pratique sur un seul et unique sujet, l'alimentation sans qu'un consensus guidé par le bien être et la qualité de vie de la personne s'en dégage. Cette divergence des intérêts est source d'incompréhensions et de frustrations.

L'absence de réflexion sur des valeurs fondatrice de l'établissement se traduit par une prise en compte imparfaite du résident (B).

B) Une prise en compte imparfaite du résident

« *Le résident doit être au cœur du dispositif* ». Cependant, on s'aperçoit que le personnel n'a qu'une connaissance lacunaire des attentes du résident (a), et qu'aucun dispositif ne permet véritablement leur participation (b).

a) *Une connaissance lacunaire des attentes du résident*

A l'heure actuelle, on constate que les besoins nutritionnels des personnes âgées sont relativement connus, que le temps de diététicienne assure l'équilibre des menus, qu'un dispositif de suivi nutritionnel est mis en place, mais lorsque l'on évoque les attentes et les goûts des résidents, peu d'informations sont disponibles.

Il existe des outils de recueils : une fiche papier remplie lors l'admission, un dispositif de recueil dans le dossier patient informatisé, mais hormis la composition du petit déjeuner, aucun de ses documents n'est, à ce jour, disponible et utilisé par les cuisiniers.

Lors d'un entretien avec l'un des cuisiniers, je lui ai posé la question de savoir s'il disposait de fiches indiquant les goûts et aversions des résidents. Celui-ci m'a répondu par l'affirmative. Or, la liste qu'il m'a montré indiquait uniquement la texture qui leur était adaptée :

normale, mouliné, lisse. Je me suis alors permise de lui poser à nouveau la question, et il m'a répondu « *oh avec le temps, on les connaît les résidents* ».

Mes entretiens m'ont permis de mesurer chez plusieurs résidents, la souffrance que pouvait induire cette ignorance. Mme H m'a ainsi confié que « *j'ai dit plusieurs fois au personnel que je ne pouvais pas manger de flageolets [...] alors je voudrais des pâtes, du riz ou de la purée [...] y'en avait pas alors j'ai mangé du pain* ».

b) *L'absence de dispositif permettant la participation des résidents*

La loi 2002-2⁷⁰ souligne l'importance de la participation du résident par le biais d'instance au sein de l'établissement.

Dans l'EHPAD Résidence Jallier, de nombreux outils ont été mis en place afin de permettre la participation des résidents à la vie de la structure, mais au moment où je réalise mon stage, ces initiatives se sont essouffées.

Une commission « menus » avait été créée en janvier 2005, mais ne se réunit plus depuis fin 2005. Selon la direction, l'analyse du contenu de chaque menu était fatiguant et rébarbatif pour le résident, et il finissait par ne plus venir aux réunions.

Un cahier visant à recueillir les éventuelles remarques sur les repas avait été mis en place, à cette même période, mais a été délaissé, par manque de suivi.

En février 2007, un questionnaire de satisfaction sur les prestations restauration a été élaboré et distribué à cinquante huit personnes parmi les résidents et les familles. Les résultats du questionnaire ont mis en évidence certains points : absence de plat de remplacement, mauvaise température des repas du soir, qualité gustative des repas à améliorer.

Cette initiative a été accompagnée d'un intéressant dispositif, « le client surprise ». Il permettait d'accueillir, chaque semaine, un membre de la famille d'un résident, ou du personnel afin de recueillir ses observations. Au total, l'enquête auprès des « clients surprise » a concerné seize personnes. Globalement, onze rapports étaient positifs. Les principales critiques visaient, le choix de certains aliments, la cuisson, la quantité d'aliments servis le soir jugée parfois insuffisante.

Certaines actions ont été mises en place rapidement pour tenir compte de ses remarques comme l'achat de salières, de sucriers. Cependant, les résultats de ces deux enquêtes n'ont pas donné lieu à un plan d'actions global, et à un suivi. Par ailleurs, aucune date pour une nouvelle évaluation n'a été programmée.

La diététicienne de l'établissement m'a expliqué que ce double dispositif avait été organisé en réponse à un mécontentement croissant des résidents. Les résultats ayant été globalement positifs, la situation s'était maintenue quasi ex ante.

⁷⁰ REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O, n°2 du 3 janvier 2002, p.00124.

On voit ici, les points d'achoppement des instances, et outils de participation des résidents dans les EHPAD. En effet, créer des instances formelles, recourir ponctuellement à des questionnaires sans qu'une véritable réflexion, et qu'un plan d'actions en découlent, est perçu par les résidents comme un simulacre.

Il n'est dès lors pas surprenant que Mme F ait été virulente, lors de notre entretien : « *ah oui, ça on nous pose des questions, on nous dit que ça va s'améliorer mais rien ne se passe alors vous savez, vos questions !* ».

Faute d'instance spécifique, le conseil de la vie sociale (CVS) tente de relayer les revendications des résidents relatives aux repas mais bien souvent, ce sont les familles plutôt que les résidents qui s'expriment.

2.2.2 Un déficit d'organisation et de définition des responsabilités

Nous avons vu précédemment l'importance du principe de cohérence c'est-à-dire la coordination et l'articulation des actions de chacun des membres dans le cadre d'une organisation efficace de l'action collective. Dans ce cadre, je tiens à préciser néanmoins, que l'organisation, bien qu'essentielle, n'est jamais une fin en soi, mais un moyen au service de valeurs, et d'un projet.

La situation du service restauration au moment de mon arrivée en stage, se définit par un manque d'encadrement. Celui ci est perceptible tant du point de vue de la gestion des commandes (A) que du management de l'équipe (B).

A) L'absence de politique d'achat et de gestion des commandes

a) *Des achats fondés sur la force de l'habitude*

La situation a longtemps été marquée par une absence de politique d'achat. Les commandes étaient passées sans véritable mise en concurrence auprès d'une multiplicité de fournisseurs.

Du point de vue de la direction, le budget alloué à la restauration augmente d'année en année sans pour autant offrir de manière continue, une prestation de qualité. Cette situation devrait s'améliorer avec l'adhésion récente de l'établissement à un groupement d'achat public. Il devrait permettre d'optimiser l'organisation des achats.

b) *Des commandes gérées au jour le jour selon les besoins*

Lorsque je suis arrivée sur mon terrain de stage, j'ai pu constater que la gestion des commandes se caractérisait par une absence de responsabilités clairement déterminées. Elles étaient confiées aux cuisiniers, mais ne faisaient pas l'objet d'un enregistrement et d'un suivi formalisés.

Lors de mon entretien avec les cuisiniers, cette situation m'a été confirmée : « *c'est celui qui est présent en cuisine qui passe les commandes* ». En creusant davantage la

question, j'apprend que ce manque de coordination est parfois à l'origine de dysfonctionnements dans la gestion des stocks (gaspillage ou denrées en quantité insuffisante). De plus, sur le terrain, cette organisation se traduit sans cesse par des interruptions : « *tous les jours c'est comme ça, on cuisine, on répond au téléphone, on passe les commandes, on les réceptionne, [...], alors des fois, il y des ratés [...]* ».

Selon la diététicienne, les cuisiniers montrent une tendance à commander de 4^{ème} ou de 5^{ème} catégorie (produits semi finis ou finis) qu'il suffit de réchauffer, plutôt que des matières premières à cuisiner. L'utilisation de ces produits permet de libérer du temps, mais il n'est pas sûr qu'il ait été utilisé à d'autres tâches en vue d'améliorer par exemple, la présentation des repas.

B) Le manque de management de proximité

Le management d'équipe peut être défini comme l'ensemble des actions d'encadrement, et de gestion du groupe humain que constitue une équipe.

En l'absence de cadre de proximité, une hiérarchie naturelle s'est instaurée entre les cuisiniers et l'équipe hôtelière entraînant des conflits larvés, et un manque de communication (a). Par ailleurs, une véritable politique de formation n'a pu être établie afin de pallier le manque de qualification du personnel (b).

a) *Des phénomènes de débordement et de démotivation observés*

La cuisine est un endroit isolé du reste de l'établissement. A l'abri des regards, certains abus ont été remarqués au niveau des horaires de pauses, et de départ. De plus, certaines pratiques se sont installées en dehors de tout cadre établi. Ainsi, les agents ne prennent pas leur repas en salle de personnel, mais grignotent sur place.

Ce type de comportement révèle un phénomène de perte du sens du travail. Il est perceptible tout particulièrement chez les deux cuisiniers de la structure.

Il faut souligner que le métier de cuisinier en restauration collective est spécifique, et nécessite de concilier sécurité alimentaire et créativité. Or, certains tendent à y voir une alternative sans conciliation possible.

De plus, l'un des cuisiniers a été dessaisi progressivement, par la direction de l'ensemble de ces responsabilités : responsabilité des plannings, puis des menus, et enfin, des commandes.

La directrice tentait d'impulser chez cet agent une dynamique de leadership. Ce dernier n'ayant pas accompli correctement les fonctions qui lui avaient été confiées, s'en est vu dépossédé.

J.J Amyot explique que ce phénomène peut être la conséquence « *du manque de formation, du manque de communication au sein de l'équipe, des conflits internes, le manque d'encouragement de l'encadrement [...]* ».

Il est difficile de déterminer de facto quels sont les origines de ce phénomène sont complexes, intrinsèquement lié à l'individu mais néanmoins, ces différents éléments peuvent être utilisés par le directeur comme des points de vigilance pour prévenir la démotivation du personnel.

b) *Le manque de qualification du personnel*

Les résultats du questionnaire révèlent un manque de qualification du personnel.

S'agissant des cuisiniers, ils ont bénéficié, en 2005, d'une formation sur « L'hygiène en restauration collective ». Cette formation sur deux jours avait pour objectif de développer une vision globale de la méthode HACCP, une meilleure organisation du travail, et une sensibilisation des personnes à l'hygiène, et à la distribution des repas.

Lors de mes entretiens, je leur ai posé la question de savoir s'ils avaient bénéficié de formation sur les besoins spécifiques de la personne âgée. L'un m'a répondu « *je n'ai pas eu de formation, mais avec le temps je connais mon métier et les personnes âgées* ». Lorsque j'ai évoqué l'utilité d'une formation, « *oh non c'est pas la peine on connaît notre boulot* ». Les cuisiniers travaillant depuis plusieurs années dans la structure, se reposent ainsi sur les acquis de l'expérience pour justifier l'inutilité d'une formation.

En ce qui concerne l'équipe hôtelière, celle-ci n'a pas bénéficié de formation spécifique. Le métier d'ASHQ en milieu gériatrique est bien souvent alimentaire, avant d'être une vocation. Or, la conscience professionnelle et la motivation de certains membres semblent exemplaires.

Mes entretiens ont révélé qu'elles se sentaient parfois désarmées pour affronter certaines situations, et notamment, celle du refus de la personne âgée de s'alimenter.

Cette indétermination de l'identité et de l'organisation du service restauration est préjudiciable à la qualité de la prestation, et au rôle qu'elle peut remplir dans le cadre l'accompagnement des résidents. Afin de remédier à cette situation, j'envisagerai différents axes d'actions en vue de l'amélioration de la prestation restauration (Titre 3).

3 Les axes d'amélioration de la qualité de la prestation restauration

Au regard des enseignements tirés de la première et deuxième partie, j'envisagerai deux axes nécessaires à l'amélioration de la qualité. Je développerai d'abord, la nécessité de fédérer l'équipe restauration autour d'une démarche de projet (3.1). Enfin, j'évoquerai les modalités pratiques permettant d'assurer une participation effective des résidents, et une véritable écoute de leurs besoins et de leurs attentes (3.2).

3.1 La démarche projet au service de l'amélioration de la qualité

Je montrerai, dans un premier temps, l'importance de la responsable de restauration en tant que personne ressource de la démarche projet (3.1.1), puis j'en proposerai les lignes forces (3.1.2).

3.1.1 Le responsable de restauration, personne ressource de la démarche projet

Mon analyse a mis en lumière les difficultés liées au manque d'organisation et de management de proximité au sein de la fonction restauration. Or, une démarche d'amélioration de la qualité ne peut voir le jour, et ce malgré, l'engagement fort de la direction, que s'il existe un cadre de proximité qui guide, et accompagne les agents vers ce changement.

La directrice, consciente de cette réalité, a décidé d'introduire une compétence nouvelle au sein de l'établissement : le responsable de restauration. Au 1^{er} janvier 2009, en accord avec le Conseil Général, un poste à mi temps a été créé.

Son arrivée a constitué le point de départ de notre collaboration dont les objectifs étaient d'une part, de rationaliser la gestion de la fonction restauration (A) et d'autre part, de définir les axes du nouveau management de l'équipe (B).

A) La mise en œuvre d'une gestion rationalisée de la fonction restauration

La création de ce poste a été le début d'une nouvelle manière d'appréhender la fonction restauration, qui s'est traduite par la recherche de traçabilité, de suivi, et de rationalisation.

Cette démarche apparaît comme préalable à la démarche qualité au regard de deux éléments : d'une part, elle permet de mesurer les marges de manœuvre possibles, et de garantir la mise en œuvre d'actions pérennes, d'autre part, elle permet la lisibilité, et le suivi du budget alimentation.

La direction constatait que le budget alimentation ne cessait de croître d'année en année sans amélioration significative de la qualité. La gestion « désordonnée » de la fonction restauration, et notamment, l'absence de traçabilité systématique des commandes ne permettait pas jusqu'à présent, de prendre du recul, et d'analyser la pertinence de ces augmentations.

La volonté de la directrice n'est pas de réduire le budget alloué à l'alimentation, mais bien de repenser le fonctionnement du service en assurant aux résidents des repas équilibrés et variés selon le meilleur rapport qualité/prix. Il est en effet, utopique pour un directeur de s'abstraire de la contrainte économique, mais cette dernière ne doit jamais prévaloir sur la qualité.

La première étape a donc été de concevoir des outils, des cadres permettant d'assurer la traçabilité des commandes, du moment de leurs passations jusqu'à leurs réceptions, et leur contrôles.

J'ai fait, ensuite, le choix de réaliser un diagnostic de la situation à partir d'une analyse des commandes, et des menus proposés sur la période d'un plan alimentaire (soit 4 semaines), et de dégager un prix par repas.

Cette démarche visait à avoir une image précise à un instant T des points forts et des points de vigilance dans la gestion actuelle des commandes. Il a été également l'occasion de mettre en question certains choix de denrées au regard de la période, et des cours du marché, ou encore d'interroger la pertinence de l'achat de certains produits de 4^{ème} et 5^{ème} gamme (produits finis et semi-finis).

Néanmoins, isolé ce diagnostic me semble insuffisant. Il s'agissait avant tout de mettre rapidement en place des actions correctrices afin de ne pas reproduire certaines erreurs de gestion. En effet, la mise en œuvre d'une gestion rationalisée exige un outil de connaissances précis, fiable et rapide permettant de suivre le budget alimentation, et de prendre en compte les fluctuations des marchés de denrées alimentaires.

Dans ce cadre, je préconise l'informatisation de la gestion de la fonction restauration. Le recours à un logiciel informatique offre la possibilité de gérer la production et, les commandes au quotidien en assurant une lisibilité des coûts et du budget, notamment, à partir d'une comptabilité analytique. L'intérêt de la mise en place d'une comptabilité analytique est multiple. Elle est un outil approprié à la définition d'une politique d'achat, à la maîtrise du budget alimentation, au suivi de l'évolution des marchés, et, enfin, à la réduction des gaspillage.

Elle constitue par conséquent, un outil précieux dans le cadre de l'amélioration de la qualité.

Elle est, en outre, un axe opérationnel du guide de bonnes pratiques de la MEAH dans son étude sur « *L'organisation de la restauration à l'hôpital* »⁷¹.

⁷¹MEAH, op cit p.144.

B) La mise en place d'un management et la construction d'une véritable équipe

L'arrivée de la responsable de restauration annoncée de manière officielle par note de service a été mal accueillie par les équipes cuisine et hôtelière.

Face à cet accueil hostile, un profil de poste a été élaboré afin de permettre à l'équipe de restauration d'avoir une vision globale, mais également, précise de sa mission.

Il faut souligner en l'espèce, que son positionnement était délicat. En effet, diététicienne de l'établissement depuis 2006, elle était jusqu'à présent, considérée par l'équipe comme une de leurs collègues. Or, du jour au lendemain, elle est devenue leur autorité hiérarchique. Par ailleurs, certains agents ont eu du mal à comprendre, et à accepter que ce poste ne leur soit pas proposé.

Dans ce contexte, la nécessité de définir un mode de management qui restaure la confiance, constitue un préalable conditionnant leur implication, et par là même, la réussite du projet d'amélioration de la qualité. Ainsi, le choix d'un management participatif apparaît le plus pertinent (a). Par ailleurs, l'arrivée de cette nouvelle compétence, offre l'opportunité de jeter les nouvelles bases du travail en équipe, et notamment de construire, en lieu et place de l'équipe cuisine et de l'équipe hôtelière, une seule et unique équipe : l'équipe de restauration (b).

a) *Le choix d'un management participatif*

Le management participatif est défini comme « *une forme de management favorisant la participation aux décisions, grâce à l'association du personnel à la définition et la mise en œuvre des objectifs les concernant* »⁷².

Afin d'instaurer le dialogue et l'implication des agents autour de l'amélioration de la qualité de la prestation, nous avons décidé de mettre en place des réunions d'équipe régulières. Ce choix se justifie au regard de plusieurs éléments. Tout d'abord, les réunions d'équipe permettent à la responsable restauration de se tenir au courant des différents problèmes rencontrés par le personnel dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. De plus, en favorisant les échanges, elles sont propices au développement de l'esprit d'équipe, et à la valorisation des agents.

Cependant, le management participatif ne peut fonctionner que s'il est le fruit d'une démarche construite visant à créer un climat favorable à l'émergence des notions de confiance, de communication, et de dialogue.

Dans cette perspective, dès la fin du mois de janvier, j'ai organisé, et animé en binôme avec la responsable de restauration, une réunion afin d'offrir à l'équipe la possibilité d'exprimer les craintes suscitées par l'introduction de cette nouvelle compétence. En tant que représentante de la direction, mon rôle a été d'expliquer les raisons qui ont motivé la création

⁷²HERMEL P., 1988, *Le Management participatif : sens, réalité et actions*, Paris, Editions d'Organisation, p.6.

de ce poste, et de rédiger et présenter son profil de poste. Cette première réunion a été utilisée par les agents comme une sorte de tribune de leurs insatisfactions générales. Elle nous a ainsi permis de prendre la mesure de leurs attentes et de leurs frustrations, connaissance indispensable en vue de la réussite d'un tel management.

Les réunions qui suivirent les mois suivants, visaient principalement la transparence de ma démarche d'enquête auprès des résidents, et de l'ensemble du personnel (présentation de la démarche puis restitution des résultats). Elles étaient également l'occasion d'esquisser les premières pistes de réflexion relative à la démarche d'amélioration.

En quelque mois, ce type de management a fait ses preuves, les réunions d'équipe constituent un espace où la parole est relativement libre, et les remarques constructives.

Enfin, elles nous ont offert l'opportunité, en réunissant les cuisiniers et les hôtelières, d'amorcer la fin des clivages existants, et d'entrevoir la construction d'une seule et unique équipe de restauration.

b) La construction d'une seule et unique équipe de restauration.

La volonté de construire une seule et unique équipe de restauration, en lieu et place de la distinction actuelle entre les cuisiniers et les agents hôteliers, se justifie au regard de plusieurs points.

D'une part, le nombre insuffisant de cuisiniers ne permet pas actuellement d'assurer un roulement satisfaisant pendant les périodes de congés. Aussi, il n'est pas rare que certains agents hôteliers assurent seul ou avec un cuisinier, la confection des repas.

D'autre part, la restauration étant en liaison froide le soir, les hôtelières réchauffent les plats préparés le matin par les cuisiniers. Une bonne communication entre eux s'avère par conséquent, nécessaire afin d'assurer la qualité du repas.

Enfin, une hiérarchie informelle existe entre les membres de l'équipe cuisine et, ceux de l'équipe hôtelière. Celle-ci est à l'origine de conflits larvés, de ruptures de communication, et de phénomènes de sabotage.

L'arrivée d'un responsable de restauration organisant un cadre et un management de proximité constitue l'occasion à saisir afin de créer, puis de faire vivre une équipe.

Cette volonté de mettre un terme aux divisions et aux hiérarchies spontanées a été signifiée de manière formelle, par la présentation de l'organigramme du service restauration présentant les deux équipes sur un pied d'égalité. Elle a été également le principal vecteur dans la conduite des réunions d'équipe.

Pour conclure, je soulignerai que pour faire vivre cette équipe, il convient de la fédérer autour d'un projet (3.1.2).

3.1.2 Les axes de la démarche projet

L'amélioration de la qualité ne se décrète pas, elle se construit autour d'un projet porté par la direction et l'encadrement, mais également par les équipes.

J'envisage ce processus en deux temps. Dans un premier temps, cette démarche concernera l'élaboration du projet d'établissement (A). Dans un second temps, un projet opérationnel d'amélioration de la qualité des prestations devra être défini, et mis en œuvre dans le cadre du projet de restructuration de l'établissement (B).

A) L'alimentation, axe central du projet d'établissement

Au-delà du respect d'une obligation légale⁷³, l'élaboration du projet d'établissement est l'occasion de réfléchir en équipe pluriprofessionnelle sur la place et le rôle du résident, et sur le sens de l'accompagnement que l'on souhaite lui offrir. Il constitue une étape importante dans la vie de l'établissement, dans le sens où il cristallise des engagements, et constitue le substrat, le cadre de référence de l'action de l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Afin de relancer la démarche d'élaboration du projet de l'établissement, la directrice a organisé à la fin de l'année 2008, une formation « cohésion d'équipe ». Cette formation visait à permettre l'expression du personnel sur la question de l'identité, de la mission, et du projet de l'établissement : quelle est notre mission ? Quels sont principes qui guident notre action ? Vers quoi tendons nous ? Quel est notre projet pour l'avenir ?

Pour que l'ensemble du personnel puisse participer à la formation, quatre groupes de quinze personnes (toutes catégories professionnelles confondues) se sont succédés entre novembre 2008 et janvier 2009, pour suivre ce cursus de deux jours dans une auberge située à quarante kilomètres de l'établissement.

Au mois de mars, une restitution des valeurs dégagées au cours de la formation a eu lieu au sein de l'établissement. Ces valeurs sont la prise en compte des besoins individuels et l'accompagnement global du résident, le travail en équipe, et la reconnaissance dans le travail. Elles constituent le socle du projet d'établissement

Dans ce cadre, ma réflexion sur l'alimentation, et sa place dans l'accompagnement en EHPAD a pris toute sa pertinence.

En effet, l'alimentation au regard de ses dimensions multiples (fonction identitaire et symbolique, hédonique, sanitaire) doit être inscrite comme un axe central de préservation de l'autonomie de la personne, et par là même, de sa qualité de vie.

A ce titre, elle doit être traitée de manière transversale au sein de projet d'établissement (projet de vie, projet de soin, projet d'animation).

Pour ce faire, je préconise, la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire sur l'alimentation: deux membres de l'équipe restauration, deux membres de l'équipe soignante,

⁷³ Cette obligation est prévue à l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O, n°2 du 3 janvier 2002, p.00124.

la psychologue, la diététicienne, et le cadre de santé afin de réfléchir ensemble, et prendre en compte l'ensemble des aspects de l'alimentation dans le cadre d'un accompagnement global de la personne accueillie. Ce travail sera également l'occasion de mesurer les préoccupations et contraintes de chaque professionnel, et de favoriser le partenariat entre les différentes équipes.

Le choix d'un groupe thématique se justifie par la volonté de ne pas scinder la réflexion sur l'alimentation entre les différents acteurs : la question de la nutrition pour les soignants, la qualité de la restauration et l'animation d'autre part.

Plusieurs thèmes de réflexion devront être abordés :

- **Les différentes fonctions de l'alimentation** : cet axe pourra être éclairé notamment, par le biais d'une formation, afin que les membres du groupe de travail saisissent pleinement les multiples dimensions du sujet, et son intégration au sein d'un accompagnement global de la personne. Des explications supplémentaires pourront également être apportées par la diététicienne et la psychologue.

- **Le moment du repas dans le quotidien de la personne âgée :**

- l'importance du contexte alimentaire : l'accueil, le cadre, et le service. Comme le souligne N.Carrier, « *le contexte est toujours ce qui donne du sens aux comportements alimentaires* »⁷⁴.

- l'adaptation du moment repas aux rythmes des résidents et son corollaire, l'organisation du travail. Les horaires des repas ne posent pas de problème en l'espèce. Il s'agit davantage du sentiment de précipitation éprouvé par les résidents, lors du dîner à cause du faible effectif d'agents présents. L'organisation du travail devra donc être interrogée.

- **L'alimentation et le soin :**

- les aspects nutritionnels du vieillissement, et leurs axes de prévention, comme le maintien d'une bonne hygiène buccale, l'aide à la prise alimentaire

- l'alimentation et la maladie d'Alzheimer. Cette réflexion pourra être enrichie par une formation réalisée en interne par la diététicienne ou, par un échange de professionnel avec un établissement proche de l'EHPAD.

- les régimes et la conduite à tenir auprès des personnes concernées

- le problème plus spécifique de la dénutrition, et ses répercussions en termes d'autonomie.

⁷⁴ CARRIER N., op. cit., p.25.

- **L'alimentation et l'animation :**

- les activités hebdomadaires autour de l'alimentation. Elles pourraient ainsi se traduire à travers des sorties aux marchés suivis de la confection au sein du cantou d'un repas de saison.

- les repas de fêtes et les rencontres avec les familles. Outre l'organisation de repas de fête, il est possible d'envisager un rendez vous entre résidents, familles, et bénévoles autour d'un apéritif dînatoire, le dimanche soir.

- l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur. L'alimentation parce qu'elle est source de partage et de convivialité doit être un des fils conducteurs de l'ouverture de l'établissement sur l'extérieur.

Par conséquent, j'envisage des ateliers cuisine dans le cadre d'échanges intergénérationnels organisés avec les enfants de l'école maternelle jouxtant l'établissement. Ils seraient l'occasion d'un échange unique, visant d'une part, à sensibiliser les enfants à la vieillesse et permettant, d'autre part, aux personnes âgées de se réapproprier un rôle de transmission et de protection.

Il pourra également s'agir de la participation des résidents aux repas organisés par la commune lors des fêtes annuelles comme, à Carbonne, « Le cassoulet ».

- **Alimentation et projet de vie individualisé :** À partir réflexions menées autour de chacun des thèmes abordées ci-dessus, le groupe de travail devra définir le cadre du projet de vie individualisé. Nous l'aborderons plus amplement dans la suite du mémoire.

Pour conclure, je soulignerai que ce travail thématique ne remet pas en cause, pour des questions de lisibilité, la déclinaison du projet d'établissement en différents projets. Néanmoins, elle nécessitera un travail de restitution vers les autres groupes en charge de l'élaboration du projet de vie, de soin, et d'animation.

Les axes définis au sein du projet d'établissement devront se traduire dans un projet opérationnel d'amélioration de la qualité de la prestation repas (B).

B) La définition d'un projet ambitieux d'amélioration de la qualité dans le cadre de la restructuration de l'établissement

La mise en œuvre d'un projet d'amélioration de la qualité suppose l'implication et la prise en compte de l'équipe dans la définition des ses objectifs et axes d'actions (a) et, le développement de la professionnalisation (b).

a) *L'implication et la prise en compte de l'équipe dans la définition des axes d'amélioration*

La restructuration de l'établissement constitue une formidable opportunité en vue de l'amélioration de la qualité du service restauration.

En effet, elle permet, de mener avec les équipes, une réflexion dès le stade de la conception, et de les impliquer dans la définition de l'espace, et de leurs conditions de travail.

Le comité de pilotage a été créé en décembre 2008. Animé par un programmiste, il réunissait la directrice, le médecin coordonnateur, le cadre de santé, deux AMP, et une représentante des familles.

Chargé de faire remonter l'ensemble des réflexions des agents, la responsable de restauration a été conviée aux réunions pour l'ensemble des questions relatives à la restauration : organisation et amélioration des conditions de travail au sein de la cuisine, agrandissement des lieux de restauration, création de cuisine thérapeutique.

L'importance donnée au sein du projet de restructuration aux espaces dédiées à la restauration montre la volonté de mettre l'alimentation au cœur de l'accompagnement.

Au-delà de l'amélioration des espaces de restauration et de travail, il conviendra de définir les engagements du service restauration afin de garantir la qualité des repas.

Le responsable de restauration assurera le pilotage de la démarche, et animera un groupe de travail constitué de deux cuisiniers, de deux agents hôteliers.

Au regard de mon expérience du terrain et des informations recueillies dans le cadre de mes enquêtes, deux axes de travail semblent se dégager afin d'améliorer le repas : la qualité gustative des repas et la qualité de l'accueil et du service.

L'écriture et la mise en oeuvre de ce projet seront coordonnées, et éclairées à partir d'une politique ambitieuse de formation (b).

b) Le développement d'une politique ambitieuse de formation

« La formation professionnelle continue est bien une source d'évolution des compétences, de la qualité, un espace d'investissement stratégique dès lors qu'elle fonctionne réellement comme un des rouages d'une gestion des ressources humaines, entendue comme une politique d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation et du bien être des individus qui participent à cet effort vers l'optimum collectif »⁷⁵

Mon enquête auprès du personnel a permis d'identifier des besoins en formation, et contribué plus largement, à montrer la volonté de la majorité du personnel à approfondir ses connaissances, et à se former.

Comme le montre J.J Amyot, la formation professionnelle constitue un levier indispensable dans le cadre de l'amélioration de la qualité d'une prestation. Elle apporte ainsi, une meilleure lisibilité, et par la même une meilleure acceptation, des axes de travail demandés aux équipes.

⁷⁵ AMYOT J.J, 2008, *Travailler auprès des personnes âgées*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, p.369-370

Mais au-delà cet objectif directement opérationnel, la formation permet de valoriser l'identité professionnelle, d'entretenir la motivation et le bien être des professionnels, et par conséquent de pérenniser le changement et le bien être apporté au résident.

Au regard de mon enquête de terrain, et de l'expérience acquise au cours de mon stage, je proposerai les axes de formation suivants :

- Une formation pour le personnel cuisinier sur « comment cuisiner le plaisir en EHPAD » qui aborde notamment, le travail des textures modifiées. Il serait souhaitable que cette formation se déroule en externe afin de favoriser les échanges d'expériences avec des professionnels d'autres établissements, et donc de permettre une ouverture sur d'autres horizons.
- Une formation visant à sensibiliser le personnel à la qualité de l'accueil et du service. Dans ce cadre, il serait envisageable de s'inspirer l'expérience récente de certains établissements qui ont choisi de s'ouvrir aux métiers de l'hôtellerie et de la restauration. Cette collaboration fait l'objet d'une convention entre l'établissement et les écoles d'hôtellerie. Les agents sont ensuite formés par les élèves de l'Ecole au cours d'une période de stage au sein de l'établissement.

3.2 Réinterroger sans cesse les besoins et attentes du résident

J'ai souligné que le fonctionnement du service restauration se caractérisait par une connaissance lacunaire des besoins et des attentes du résident, et par l'absence de dispositif leur permettant de prendre part à cette question.

Les réflexions menées dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, et du projet d'amélioration de la qualité doivent permettre de recentrer l'action et l'accompagnement sur la personne âgée.

J'envisagerai d'une part, les outils à mettre en œuvre pour prendre en compte individuellement le résident (3.1.2) puis pour assurer leur participation (3.2.2).

3.2.1 La prise en compte des attentes et besoins des résidents

Dans son rapport, le Professeur G. Grand souligne que « *l'analyse des besoins du patient dans la totalité des leurs aspects et leur satisfaction doit être le pilier des différents niveaux de la restauration collective* »⁷⁶.

Cette connaissance des besoins et attentes des résidents implique d'une part, une approche individualisée (A) et d'autre part, la liberté de choix de la personne au moment des repas (B).

⁷⁶ GUY GRAND .B ; janvier 1997, *Alimentation en milieu hospitalier*, Paris, La Documentation Française, p.36

A) L'approche individualisée

Le regard porté sur chacun des résidents doit être différent, et à l'origine d'un projet définissant son accompagnement au regard de ses besoins, de ses attentes, et de son histoire : le projet de vie individualisé. L'alimentation parce qu'elle est un support déterminant de la qualité de vie du résident, doit en faire partie intégrante.

Pour ce faire, plusieurs informations en lien avec l'alimentation devront être recueillies lors de la visite de pré-admission, et prises en compte dans la définition de l'accompagnement de la personne.

Tout d'abord, les informations liées aux exigences de soins :

- les antécédents et vulnérabilités repérées (troubles digestifs, état buccodentaire)
- la texture des repas adaptée au résident
- les régimes
- l'aide à la prise alimentaire
- l'état nutritionnel de la personne (carence, surveillance)

En fonction de ses informations, sera défini le projet de soins individualisé. Il pourra se traduire notamment, par la mise en place d'un suivi des ingesta, du fractionnement des prises alimentaires ...etc.

Dans un second temps, devront être recensées les informations relatives aux habitudes alimentaires :

- l'identification des goûts et aversions
- les résonances culturelles dans les choix alimentaires
- les modalités de la prise alimentaire avant l'entrée en institution (service de portage des repas, cuisine seul(e)), les horaires
- la place accordée au moment du repas
- les ressources familiales et amicales en terme de partage de repas
- la possibilité et l'intérêt pour des ateliers cuisine

Ce recueil servira de base, après un temps d'observation nécessaire, à un travail pluridisciplinaire (diététicienne, équipe soignante, équipe restauration) en vue de la construction du projet individualisé. La psychologue rejoindra cette équipe dans les hypothèses où l'alimentation revêt un caractère symbolique fort et/ou pathologique.

A partir de ces informations, l'équipe déterminera un plan d'action au regard des exigences de soins, et des possibilités d'aménagement de la structure aux attentes de la personne. Ce plan d'action devra être réinterrogé lorsqu'un changement intervient, mais également, inconditionnellement une fois par an.

Au-delà de ses informations, et parce que les attentes et désirs du résident ne peuvent être figés, il convient d'offrir au résident la possibilité de choix au moment des repas (B).

B) La liberté de choix du résident au moment des repas

J'ai évoqué le rôle de l'alimentation dans le maintien du sentiment d'identité, et de l'autonomie de la personne. Ces dimensions de l'alimentation ne peuvent se déployer que s'il est reconnu au résident une liberté de choix au moment des repas.

La liberté de choix suppose que l'on puisse envisager une solution, et en écarter une autre. Elle implique l'existence d'une alternative si le repas prévu au menu déplaît au résident.

Actuellement, à l'EHPAD Résidence Jallier, seule une tranche de jambon est proposée aux résidents. Cette situation n'est pas satisfaisante. On ne peut considérer que la tranche de jambon constitue à elle seule, une véritable alternative propre à garantir cette liberté. Des contraintes de gestion des commandes et des stocks, et la volonté d'éviter le gaspillage, semblent expliquer ce choix de la direction.

Cependant, il me semble qu'une conciliation de la liberté de choix et les contraintes organisationnelles soit possible au regard d'une voie médiane : un menu fixe de remplacement.

Pour ce faire, les menus de la semaine devront être affichés dans le grand hall d'accueil sur le tableau des animations.

Chaque jour, les résidents souhaitant le menu de remplacement devront s'inscrire avant 16 heures. Il conviendra d'être attentif aux personnes ayant des difficultés à le consulter afin de les accompagner dans cette démarche. Par ailleurs, il est indispensable que les menus affichés soient respectés.

Ces informations devront être transmises, la veille, en cuisine afin que le cuisinier ait connaissance dès son arrivée le jour J (à 7h00) des quantités à prévoir.

Le menu de remplacement est proposé au résident, à partir de denrées facilement stockables et conservables.

Afin d'éviter lassitude et routine, un menu fixe différent sera proposé au déjeuner et au dîner. Cela permettra en outre, de tenir compte, le soir, des contraintes de la liaison froide, et notamment, de l'altération des qualités gustatives de certains plats, lors de la remise en température.

Ces quantités de menus traditionnels et de menus fixes devront être suivies durant une période « test » de quatre semaines coïncidant avec le point de départ, et la durée du plan alimentaire afin de dégager pour la suite, une quantité approximative des denrées à commander et à stocker.

Enfin, l'alimentation, parce qu'elle constitue, contrairement au soin, un sujet accessible pour la personne âgée, constitue un vecteur privilégié d'expression et de participation à la vie institutionnelle (3.2.2).

3.2.2 Permettre l'expression et la participation du résident

Le repas doit être considéré comme un élément permettant de promouvoir l'exercice de la citoyenneté au sein de l'établissement. Dans ce cadre, il s'agit de favoriser l'expression des résidents à partir d'un questionnaire de satisfaction (A), et leur participation au processus de décision au travers d'une instance de représentation des usagers : la commission gourmande (B).

A) Le questionnaire de satisfaction

A la fin de l'année 2007, face à la montée des critiques des résidents, un questionnaire de satisfaction a été élaboré par la diététicienne.

Celui-ci avait pour objectif de déterminer précisément, l'importance et les sources de mécontentement.

Les résultats du questionnaire ayant été globalement satisfaisants, la situation s'était maintenue quasi ex ante. Par la suite, cette expérience n'a pas été renouvelée, et les données n'ont pas été actualisées.

Le questionnaire en dépit de son aspect formel et, de sa complexité pour un public âgé, me semble cependant un outil intéressant permettant de mettre en lumière à partir de questions précises les points à améliorer en vue de la satisfaction du résident.

Elaborer un nouvel questionnaire me semble inutile, celui utilisé lors de la précédente enquête, pose des questions pertinentes propres à garantir ces objectifs. Cependant, pour qu'il soit efficient, certains éléments préalables me semblent incontournables: une périodicité annuelle, un responsable, et une organisation faisant l'objet d'une procédure formalisée.

Je m'arrêterai plus longuement sur le rôle et la mission du responsable de l'enquête de satisfaction.

Il est nécessaire, qu'une seule personne soit responsable de l'enquête, en l'espèce, la responsable de restauration. Celle-ci se verra confier plusieurs missions. Elle sera en charge de l'organisation de l'enquête c'est-à-dire de la communication auprès des résidents, de leurs familles, du C.V.S, et de l'équipe restauration afin d'assurer une bonne lisibilité des enjeux. Elle déterminera également avec le cadre de santé et le psychologue, les personnes susceptibles de rencontrer des difficultés pour répondre aux questionnaires, et les modalités de mise en œuvre de cette aide. Elle pourra s'inscrire par exemple, dans le cadre d'une animation de l'après midi.

Une fois l'enquête réalisée, la responsable devra analyser les résultats, procéder à leur restitution auprès de la direction, des équipes, et des résidents et de leurs familles.

Cette restitution ouvrira la voie à une réflexion de l'équipe de restauration relative à la définition de leurs engagements pour l'année à venir. Ce projet d'amélioration fera à son tour, l'objet d'une présentation à l'ensemble des personnes et instances concernées (résidents, familles, CVS, personnel).

Le questionnaire de l'année suivante constituera ainsi, l'heure du bilan et le point de départ de nouveaux engagements.

D'une façon moins formelle, j'envisage également de mettre en place une boîte à idées où chaque résident pourra exprimer de façon anonyme, ses critiques et ses satisfactions concernant le repas. Il faudra, cependant, une équipe attentive pour permettre cette expression, et parfois aider à la formuler. Une fois par mois, la responsable de restauration ouvrira la boîte à idées, et donnera vie à l'expression des résidents.

La participation du résident doit, également, s'inscrire au sein d'une instance spécifique : la commission gourmande (B).

B) La commission gourmande.

L'utilisation de l'appellation « commission gourmande » peut surprendre, et semble laisser quelques incertitudes sur la mission d'une telle instance.

Cette appellation a été volontairement retenue afin de se démarquer des « traditionnelles » missions dévolues dans les EHPAD, à la commission « menus ».

Cette volonté n'est pas simplement le fruit d'une initiative fantaisiste, mais aspire à apprendre des échecs des expériences passées.

En effet, en 2005, la commission « menus » a été mise en place au sein de la Résidence Jallier. Elle avait pour mission l'analyse des menus une fois par mois, et le recueil des remarques des résidents.

Elle était composée de deux représentants des résidents, d'un cuisinier, d'une aide soignante, et de la diététicienne.

Ce dispositif présentait plusieurs inconvénients :

Il demandait tout d'abord, un temps de concentration très important des résidents. En effet, analyser l'ensemble des menus sur quatre semaines devenait rapidement rébarbatif pour le résident qui finissait par acquiescer afin d'en découdre le plus rapidement possible. Cet aspect expliquait également le faible présentisme aux réunions de la commission.

Par ailleurs, les résidents avaient tendance à ne présenter que leurs intérêts propres à la place de ceux de la collectivité. La commission constituait ainsi, le lieu d'expression privilégié de certains résidents, bien souvent les plus autonomes, et ce, au détriment du reste de la collectivité.

Au regard de ces enseignements et en accord avec la responsable de restauration, nous avons donc fait le choix de proposer la réunion d'une commission gourmande. Celle-ci s'est réunie pour la première fois, le 19 mai 2009.

La commission gourmande se réunit une fois par trimestre.

Elle est composée de quatre représentants des résidents. Ces résidents sont volontaires, et susceptibles de changer afin de faire participer le plus grand nombre. A ces membres, s'ajoutent un cuisinier, un agent hôtelier, l'animatrice, la responsable de restauration, et un membre de l'équipe soins (en fonction des disponibilités, la cadre de santé ou une des aides soignantes référentes alimentation et hydratation).

Les réunions de la commission visent plusieurs objectifs : écouter l'avis des résidents, décider des repas de fêtes, écouter l'avis de l'équipe restauration et des soignants et, proposer de nouveaux produits et de nouvelles recettes.

L'avis des résidents est sollicité à partir des éléments qui ressortent des fiches d'appréciation des repas. Ces fiches sont remplies à chaque fin de service par les agents de l'équipe restauration. Elles précisent quels sont les plats qui ont plu et/ou déplu aux résidents. Elles permettent ainsi, en commission gourmande, d'interroger les représentant des résidents sur les raisons pour lesquelles certains plats n'ont pas été appréciés, comme par exemple, la viande trop dure, les feuilles de salades trop grosses.

Le contenu des repas de fête est décidé en commission. La responsable propose plusieurs menus possibles, les résidents formulent leurs souhaits, et décident. Sur ce dernier point, le cuisinier peut intervenir pour indiquer la faisabilité de certains mets.

La découverte de nouveaux produits et recettes est réalisée à partir d'une séance de dégustation au cours de laquelle chaque membre donne un avis sur la qualité gustative du produit, sa présentation, et son adaptation au plus grand nombre.

Pour conclure, je soulignerai que l'ensemble de ces actions tendent vers un seul et même but : permettre au résident d'être acteur dans ce domaine, car comme l'a souligné C.Fischler, « *Manger : rien de plus vital, rien d'aussi intime* »⁷⁷.

⁷⁷ FISCHLER C., 2001, *L'Homnivore*, Paris, O.JACOB, p.1

Conclusion

« Le plaisir de table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours. Il peut s'associer à tous les autres plaisirs, et reste le dernier pour nous consoler de leur perte »

BRILLAT-SAVARIN, *Physiologie du goût*, 1885.

Tout au long de ce mémoire, je me suis attachée à montrer l'ensemble des potentialités de l'alimentation dans le cadre du maintien de l'autonomie et de la qualité de vie de la personne.

Facteur de préservation de la santé, mais bien au-delà, support du maintien du sentiment d'identité et du désir vital, l'alimentation ne peut prendre toute sa dimension que dans un accompagnement global de l'individu, conçu comme un être unique et singulier, et dans la volonté de promouvoir au quotidien, la capacité d'autodétermination de la personne.

Il nécessite que soit sans cesse réinterrogé le sens de l'action, et son adéquation avec les besoins et les attentes des résidents.

Parce qu'elle donne de la vie au résident, et par là même, participe à la dynamique institutionnelle, l'alimentation doit être considérée comme une priorité en EHPAD.

Dans ce cadre, il est de la responsabilité du directeur de créer les conditions propices au développement, puis à la pérennisation d'une telle approche en mobilisant les moyens mais surtout en favorisant l'émergence d'une culture professionnelle respectueuse de chacun.

Enfin, je soulignerai que l'intérêt de cette réflexion va bien au-delà son objet.

Elle illustre le défi que constitue pour les EHPAD, la vocation de lieu de vie.

En effet, elle concentre l'ensemble des problématiques qui se posent à un directeur: c'est-à-dire, la conciliation entre la logique collective avec ses contraintes organisationnelles et la nécessaire prise en compte de l'individualité de la personne au travers de ses multiples dimensions : physique, psychique, somatique et sociale.

Pour le directeur et l'ensemble des acteurs intervenant en EHPAD, il s'agit de prendre en compte le vécu de l'institutionnalisation, et de laisser dans le cadre de la collectivité, une place au chez soi.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Textes communautaires

CONSEIL EUROPEEN, Directive (CEE) n°93/43 du 14 juin 1993 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.C.E du 19 juillet 1993, n°L 229.

CONSEIL EUROPEEN, Règlement (CE) n°178/2002 du 28 janvier 2002 établissant les principes généraux et les prescriptions générales de la législation alimentaire, instituant l'Autorité Européenne de Sécurité des Aliments et fixant des procédures relatives à la sécurité des denrées alimentaires, J.O.U.E du 01 février 2002, L31.

CONSEIL EUROPEEN, Règlement européen (CE) n°852/2004 du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, J.O.U.E du 30 avril 2004, L.139.

- Textes nationaux

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, J.O, n°2 du 3 janvier 2002, p.00124.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O n°54 du 5 mars 2002, p.4118.

REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, J.O n°185 du 12 août 2004, p.14399.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, J.O n°98 du 27 avril 1999, p.6 248

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, Arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables aux établissements de restauration collective à caractère social, J.O n°247 du 23 octobre 1997, p.15 437.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, 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, J.O n°98 du 27 avril 1999, p.06 256.

MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PECHE, Arrêté du 8 juin 2006 relatif à l'agrément des établissements mettant sur la marché des produits d'origine animale ou des denrées contenant des produits d'origine animale. J.O n°182 du 8 août 2006, p.11 816.

Ouvrages :

AMYOT J.-J., 2008, *Travailler auprès des personnes âgées*, 3^{ème} édition, Paris, Dunod, 402 p.

AYMARD M., GRIGNON C., SABBAN F., 1994, *Le temps de manger. Alimentation, emploi du temps, et rythmes sociaux*, Paris, Maison des sciences de l'homme, 323 p.

BLANCHET A., 1991, *Dire et faire dire : l'entretien*, Paris, Armand Colin, 176 p.

BARDIN L., 2007, *L'analyse de contenu*, Paris, Quadrige, PUF, 296 p.

BEAUVOIR S., 2005, *La vieillesse*, 2^{ème} édition, Paris, Gallimard, 604 p.

CORBEAU J.-P., POULAIN J.-P., 2008, *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité*, 1^{ère} édition, Paris, Privat, 210 p.

FAYOL, H., 1999, *Administration industrielle et générale*, 2^{ème} édition, Paris, Stratégie et management, Dunod, 133 p.

FERRY M., 2007, *Nutrition de la personne âgée*, 3^{ème} édition, Paris, Abrégés, Masson, 303 p.

FISCHLER.C, 2001, *L'Homnivore*, Paris, O.Jacob, 448 p.

FREUD S., 1920, *Au-delà du principe de plaisir*, Essai de psychanalyse, Paris, Payot, p.8.

GOFFMAN E., 1968, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit, 441 p.

HERMEL P., 1988, *Le Management participatif : sens, réalité et actions*, Paris, Editions d'Organisation, 254 p.

MUCCHIELLI A., 2003, *L'identité*, 5^{ème} édition, Paris, Que sais je ?, PUF, 127 p.

NARDIN A., FLANDRIN J-L., 1997, *L'appétit vient en mangeant ! Histoire de l'alimentation à l'hôpital XVe –XXe siècles*, Paris, APHP, Doin éditeurs, 179 p.

SPINOZA B., 1675, *Ethique*, Livre III, théorèmes VI, VII et scolie du théorème IX, trad. R. LANTZENBERG, 1947, Paris, Flammarion, 348 p.

TREMOLIERE J., 1969, *Biologie Générale*, tome 4, Paris, Dunod, 533 p.

Articles :

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

CARRIER N., 2004 « Expériences différentes lors de repas des résidents lucides et non lucides en soins de longue durée », *Vie et Vieillesse*, n°3, p.25-30.

CASSOU B., juin 2008, « Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées », *Gérontologie et Société*, n°125, p.11-21.

COVELET R., 2003, « L'alimentation de la personne âgée : une approche psychologique », *Gérontologie*, n°127, p.19-23.

DEPINOY M., avril 2002, « Alimentation : bien être plaisir et santé », *Santé de l'homme*, n°358, p16-18.

DERENNE P., LAFFITTE A., LEPRETTE D., PERRAULT J., TRONCHON .P, 1997, Table ronde « la restauration hospitalière peut elle prendre en compte les facteurs individuels des patients ? », *Médecine et Nutrition*, tome 33, n°6, p.236-240.

DREYER P., juin 2008, « Limiter les conséquences de la vieillesse et de la dépendance. Agir sur l'habitat et l'environnement », *Gérontologie et Société*, n°125, p.167-184.

FERRY M., 1997, « Nutrition et vieillissement », *Gérontologie et Société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.7-9.

FERRY M., 1997, « Besoins nutritionnels : les acquis, le futur », *Gérontologie et Société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.13-15.

FERRY M., juin 2008, « Prévention nutritionnelle ? », *Gérontologie et Société*, n°125, p.79-92.

FISCHLER C., DERENNE P., POULIQUEN V., 1997, « Table ronde : Alimentation et culture », *Médecine et Nutrition*, tome 33, n°6, p.241-244.

FISCHLER C., janvier-février 1990, « Le mangeur et l'institution ou la paradoxe de la restauration collective », *Santé Publique*, n°1, p.63-67.

FOUCAULT M., 1984, « Des espaces autres », *Architecture, Mouvement, Continuité*, n°5, p.46-49.

GIRARD D., juin 2008, « Qualité de l'alimentation et alimentation de qualité dans les centres hospitaliers », *Techniques Hospitalières*, n°709, p.81-86.

GIROD M., août 2001, « Comment élaborer un projet de restructuration à l'hôpital ? », *Techniques Hospitalières*, n° 658, p.17-26.

GUIGOZ Y., 1997, « L'évaluation de la dénutrition et ses marqueurs », *Gérontologie et société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.19-23.

GUYONNET S., VELLAS B-J, 1997, « Nutrition et démence de type Alzheimer », *Gérontologie et société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.25-27.

KERGOAT M.J., 2004, « Médicaments et aliments : un mariage de raison », *Vie et Vieillesse*, n°3, p.36.

LECLERC I., janvier 1997, « Un concept hôtelier en institution du grand âge. De la conception à la réalisation », *Gestion Hospitalière*, n°362, p.37-44.

LESOURD B., 1997, « Nutrition et immunité », *Gérontologie et Société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.33-36.

MASLOW A., 1943, « A theory of human motivation », *Psychological Review*, n°50, p.16-24.

POULAIN P., 2000, « Les ambivalences de l'alimentation contemporaine », *Café des sciences et de la société du sicoval, Alimentation Hors Série*, p.34-38.

PRAZ M., 2008, « Le processus d'adaptation chez les personnes âgées en institution une voie étroite entre résignation et acceptation », *Krankenpflege*, n°10, p.66 à 69.

RIGAUD D., PENNACHIO H., VAN DEN BERGH M-L., décembre 2005, « Mise au point d'un questionnaire d'analyse des pensées et sentiment autour de l'alimentation », *Cahier de la Nutrition et de la Diététique, Société Française de la Nutrition*, vol. 40, n°6, p.312-324.

RIGAUD D., 1997, « La nutrition à l'hôpital », *Médecine et Nutrition*, tome 33, n°6, p.225-226.

FISCHLER C., janvier- février 1990, « Le mangeur et l'institution ou la paradoxe de la restauration collective », *Santé Publique*, n°1, p.63-67.

TEDESCO, J., 1997, « Alimentation et projet : le cas d'un service de long séjour », *Gérontologie et société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.63-66.

VOLATIER J.L., 1997, « Les effets d'âges et de génération dans la consommation alimentaire », *Gérontologie et société, Alimentation et Nutrition*, n°83, p.68-81.

Rapports :

ANESM, juin 2008, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, Paris, ANESM, 51p., www.anesm.sante.gouv.fr

ANESM, février 2009, *L'accompagnement des personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer ou apparentées en établissements médico-sociaux*, Paris, ANESM, 47p. www.anesm.sante.gouv.fr

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION, 15 décembre 2005, *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, n°53, Paris, Ministère de la santé et des solidarités, 24p.

GUY GRAND .B ; janvier 1997, *Alimentation en milieu hospitalier*, Paris, La Documentation Française, 248 p.

HAS, juin 2007 *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*, Paris, HAS, 25 p. www.has.sante.gouv.fr

HAS, 2008, *Recommandations pratiques pour le diagnostic de la Maladie d'Alzheimer*, Paris, HAS, 40 p. www.has.sante.gouv.fr

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES, 1998, *La fonction restauration dans les établissements de santé Eléments d'approche méthodologique*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 150 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, janvier 2001, *Programme National Nutrition Santé (2001-2005)*, Paris, Ministère de la Santé et de la Solidarité, 40 p. www.sante.gouv.fr

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE, septembre 2006, *Programme National Nutrition Santé (2006-2010)*, Paris, Ministère de la Santé et de la Solidarité, 51p. www.sante.gouv.fr

MEAH, juin 2006, *Organisation de la restauration à l'hôpital. Retours d'expériences et bonnes pratiques organisationnelles*, Paris, 180 p. www.meah.santé.gouv.fr

Mémoires :

BIARD L., 2003, *Améliorer la prise en charge des personnes âgées par l'individualisation des prestations hôtelières*, DESS, ENSP, 71 p.

COUTADEUR C., 2006, *Impulser une logique de domicile en EHPAD pour préserver la continuité identitaire de la personne âgée*, CAFDES, ENSP, 81p.

MOTTE M., 2002, *La qualité hôtelière en restauration. L'exemple du centre de gérontologie les Abondances*, DESS, ENSP, 55 p.

PITON M.A, 2006, *Quel accompagnement individualisé aujourd'hui en EHPAD ? L'exemple de la Maison de retraite Les Maulevriers*, DESS, ENSP, 57p.

PAJOT PHILOUZE A-C., 2001, *Le temps du repas, un enjeu institutionnel, le directeur garant de la qualité*, DESS, ENSP, 86 p.

SYGULA I., 2005, *La dénutrition des personnes de plus de 75 ans hébergées en EHPAD*, DESS, ENSP, 79 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Présentation de la population accueillie au sein l'EHPAD
Résidence Jallier.

Annexe 2 : Questionnaire sur l'alimentation en EHPAD.

Annexe 3 : Résultats de l'enquête par questionnaire.

Annexe 4 : Guide : entretien semi directif.

Annexe 1 Présentation de la population accueillie à l'EHPAD Résidence Jallier

Afin d'assurer la stabilité des données utilisées, seules les personnes résidant à titre permanent sont prises en compte dans cette étude.

I. Données socio-démographiques (au 10/02/09)

➤ Origine géographique des résidents

Origine géographique	Nombre de résident
Canton de Carbonne	44
Département Haute-Garonne	33
Autres départements	3
Total	80

➤ L'âge des résidents (au 30/12/08)

L'âge moyen des résidents est de 83,6 ans.

Structure d'âge de la population

Tranche d'âge	Nombre de résidents	Pourcentage
Moins de 60 ans	0	0
Entre 60 et 70 ans	4	5%
70 ans et 80 ans	21	26%
80 ans et 90 ans	35	44.5%
90 ans et plus	19	24.5%
TOTAL	80	100%

➤ La répartition des résidents par sexe:

Sexe	Nombre de résidents	Pourcentage
Femme	58	73%
Homme	22	27%
TOTAL	80	100%

2. Les données médico-sociales (extrait du rapport médical 2008)

➤ La dépendance

Le GMP de l'établissement a été validé à 769 en décembre 2008.

Répartition des résidents par groupe iso ressource

GIR	Nombre de résidents	Pourcentage
1	11	13,75%
2	43	53,75%
3	15	18,75%
4	10	12,50%
5	1	1,25%
6	0	0
TOTAL	80	100%

➤ Autres caractéristiques particulières

Caractéristiques	Nombre de résidents	Pourcentage
Déments	55	68,75%
Errants	37	46,25%
Fugueurs	53	66,25%
Susceptible d'être confinées au lit	20	25%
Confinées au lit	4	5%

Annexe 2 Questionnaire sur l'alimentation en EHPAD

A quel catégorie professionnelle appartenez vous ?

- Infirmière
- Aide soignante ou aide médico-psychologique
- Agents des services hospitaliers
- Autres. Préciser

LE REPAS DES RESIDENTS :

Question 1 Que représente pour vous l'alimentation en EHPAD ? Plusieurs réponses sont possibles.

- la réponse à un besoin physiologique
- un moment de plaisir et de convivialité pour le résident
- un soin
- autre. Précisez :

Question 2 Les habitudes alimentaires des résidents sont elles prises en compte ?

- OUI
- NON

Si oui, précisez quels sont les outils existants ?

Question 3 Selon vous, les résidents apprécient ils ce moment ?

- OUI
- NON

Pour quelles raisons ?

Question 4 Observez vous si les résidents ne terminent pas leur repas ? Quels sont les aliments ou plats qui ont le moins de succès ?

- OUI
- NON

Question 5 Avez-vous l'occasion d'échanger avec les cuisiniers sur les repas servis aux résidents ?

- OUI
- NON

LE DEROULEMENT DU REPAS

Question 6 Selon vous, les horaires des repas sont il adaptés :

- au rythme de vie des résidents? OUI NON

- à l'organisation du travail ? OUI NON

Question 7 Selon vous, les repas constituent ils un repère important pour les résidents ? OUI NON

Pourquoi ?

Question 8 Dans quelles conditions se déroulent les repas ? Vous semblent-elles satisfaisantes ?

- OUI
- NON

Question 9 Selon vous quels sont les facteurs pour encourager une personne dans sa prise alimentaire ?

- la durée du repas
- le cadre
- l'aide à la prise des repas
- le choix de sa table
- le contenu de l'assiette
- autres. Précisez

ALIMENTATION ET MALADIE D'ALZHEIMER :

Question 10 Selon vous, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer conservent elles la sensation de faim ?

- OUI NON

Conservent elles le goût ?

- OUI NON

Question 11 Selon vous, un suivi nutritionnel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'impose :

- en prévention de l'aggravation du déficit cognitif
- en prévention de la dénutrition

Question 12 Pour terminer, avez-vous reçu une formation spécifique sur l'alimentation des personnes âgées ?

- OUI NON

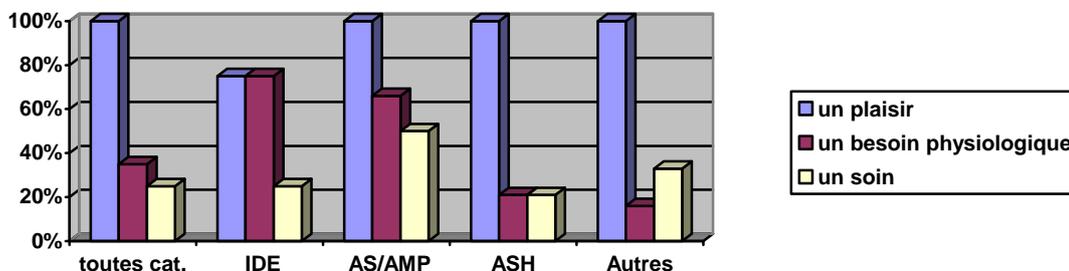
Le cas échéant, souhaitez vous bénéficier d'une telle formation ?

- OUI NON

Annexe 3 Résultats de l'enquête par questionnaire

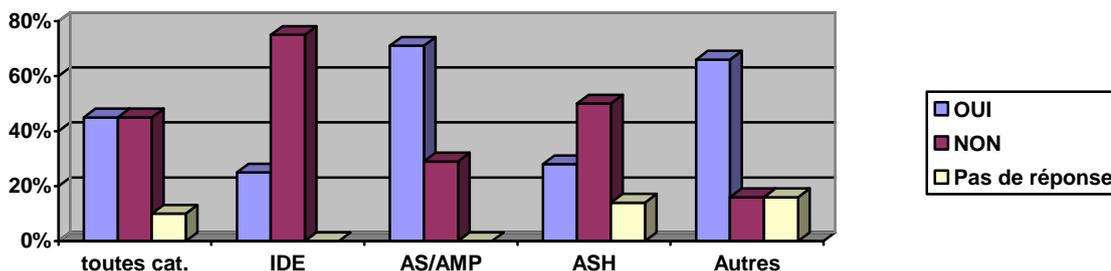
Le repas des résidents :

Question 1 Que représente pour vous l'alimentation en EHPAD? Plusieurs réponses sont possibles.



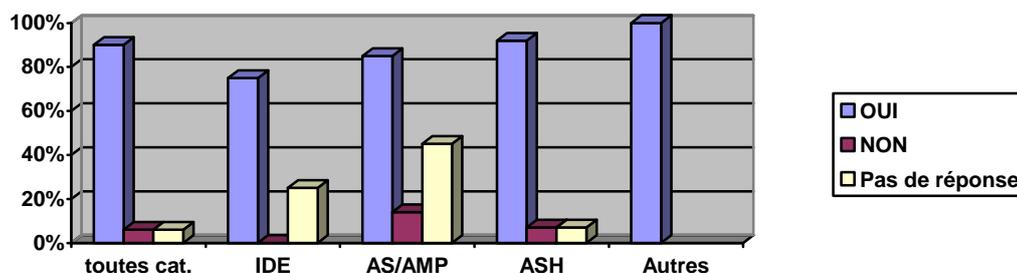
Toutes cat.	Un plaisir	Un besoin physiologique	un soin
TOTAL	29	11	9
%	94	35	29

Question 2 Les habitudes des résidents sont elles prises en compte?



Toutes cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	14	14	3
%	45	45	9

Question 3 Selon vous, les résidents apprécient ils ce moment?



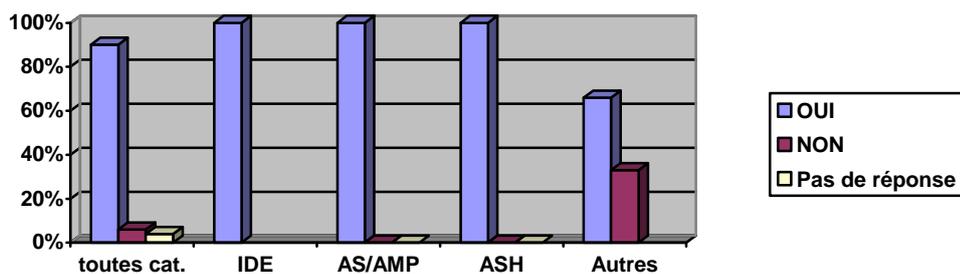
Toutes cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	28	2	1
%	90	6	3

Pour quelles raisons ?

Les agents ont justifié leurs réponses de la manière suivante :

- « Lieu de restauration agréable, temps important »
- « Moment d'échange et de convivialité »
- « L'occasion de se retrouver »
- « Ils ne sont pas toujours satisfait »
- « Souvent des remarques sur la qualité »
- « Dialogues avec le personnel »
- « Moment qui rythme la journée, échanges »
- « C'est un besoin fondamental, un plaisir, il en reste peu à leur âge »
- « Convivialité et gourmandise! »

Question 4 Observez vous si les résidents ne terminent pas leur repas ? Quels sont les aliments ou plats qui ont le moins de succès ?

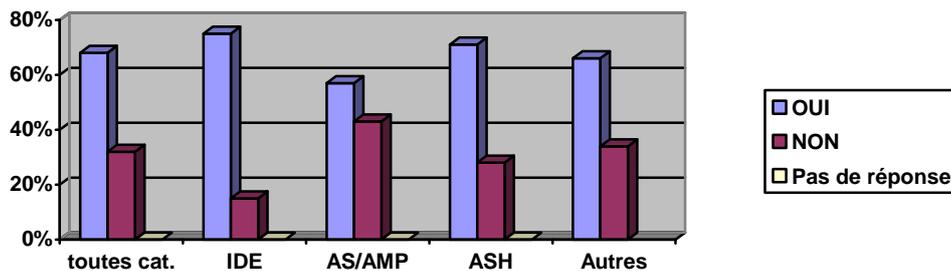


Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	28	2	1
%	90	6	3

Les agents ont précisé :

- « La viande et plus largement le plat de résistance »
- « L'entrée et le plat de résistance »
- « Légumes sans assortiment »
- « Viandes trop dures, alimentation à répétition »
- « Des aliments qu'ils n'avaient pas l'habitude de manger à domicile »
- « Un peu de tout »
- « Jamais le dessert »
- « Aliments qu'ils n'avaient pas l'habitude de manger, défaut de cuisson »

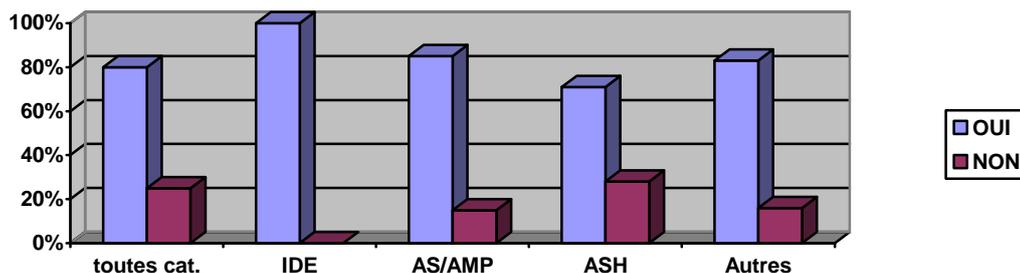
QUESTION 5 Avez-vous l'occasion d'échanger avec les cuisiniers?



Toutes cat.	OUI	NON
TOTAL	21	10
%	68	32

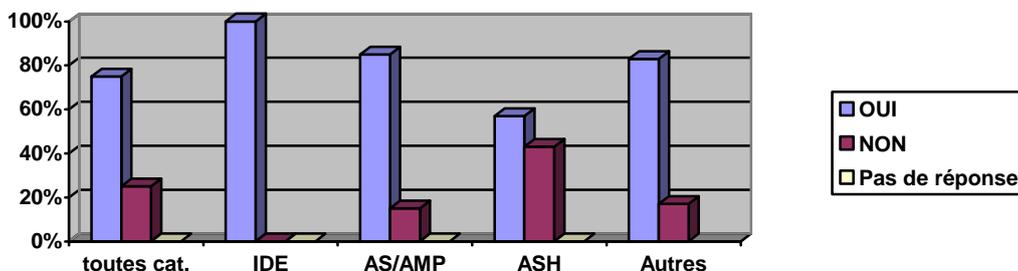
Le déroulement du repas :

Question 6 Selon vous les horaires des repas sont ils adaptés au rythme de vie et à l'état des résidents?



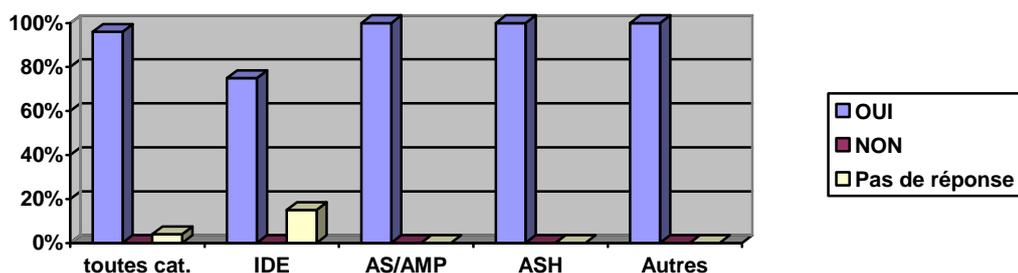
Toutes Cat.	OUI	NON
TOTAL	25	6
%	81	19

Question 6 bis Selon vous, les horaires des repas sont ils adaptés à l'organisation du travail ?



Toutes Cat.	OUI	NON
TOTAL	23	8
%	74	26

Question 7 Selon vous, les repas constituent ils un repère important pour les résidents?

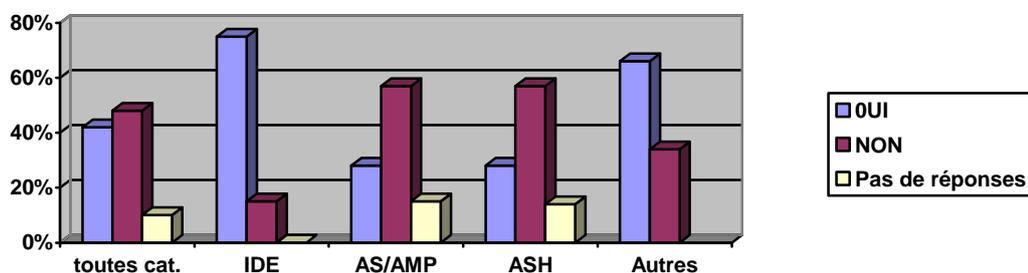


Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	30	0	1
%	96	0	3

Dans l'affirmative, pourquoi?

- « Rythme la journée, moment d'entraide entre résidents, prendre du plaisir, former un groupe, rompre avec la solitude »
- « Un moment pour se retrouver »
- « Un moment de plaisir »
- « Trop rapide »
- « Ils savent qu'après il y a les infos ou le coucher »
- « Repère dans le temps, permet de savoir que la matinée est passée »
- « Rythme la journée, les rencontres et associé à la présence de l'IDE »
- « Relative inactivité par ailleurs »
- « Depuis la naissance, tout être humain vit au rythme des repas! »
- « Cela les fait sortir pour certains de leur chambre »

Question 8 Dans quelles conditions se déroulent les repas ? Vous semblent elles satisfaisantes ?



Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	13	15	3
%	41	48	10

Pour quelles raisons ?

« Service trop rapide »

« 1 AS pour gérer le service du soir (aide prise alimentaire, couper la viande et aider l'hôtesse à servir) »

« Le soir pas assez de personnes pour aider les résidents »

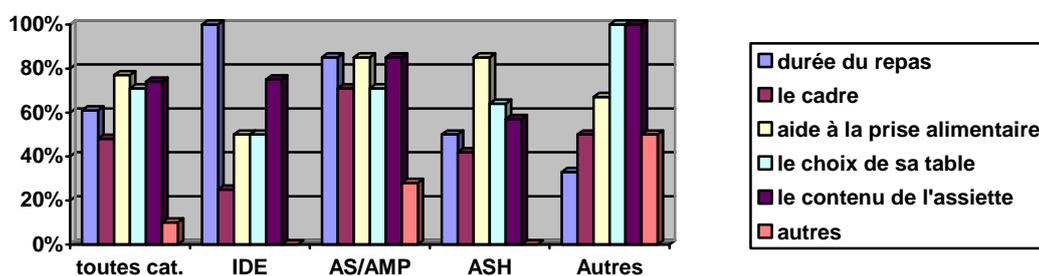
« On oublie le café, la tisane »

« Trop rapide » « chaleur difficile à réguler »

« Ils ont le temps de manger et sont aidés si besoin »

« Impression de précipitation »

Question 9 Quels sont les facteurs pour encourager la prise alimentaire?



Toutes Cat.	la durée du repas	le cadre	l'aide à la prise de repas	le choix de sa table	le contenu de l'assiette	autres
TOTAL	19	15	24	22	23	3
%	61	48	77	70	74	9

Autres propositions :

« Prise en compte des goûts et possibilité de faire des choix »

« Le calme et la lumière »

« Possibilité de partager en famille " choix du menu »

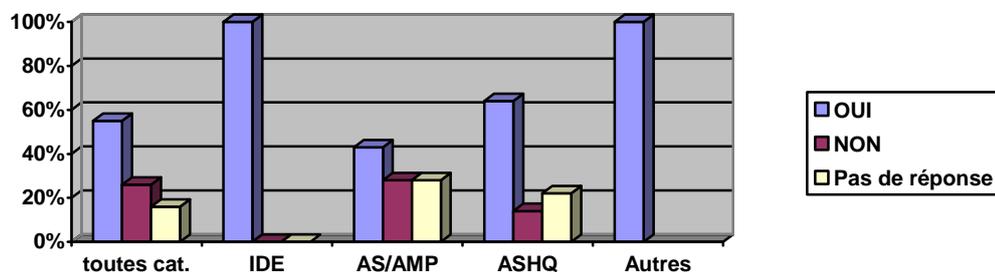
« Echanges entre hôtesse/soignant/résident »

« Disponibilité de l'équipe »,

« Texture des repas, chaleur des plats, état du jour »

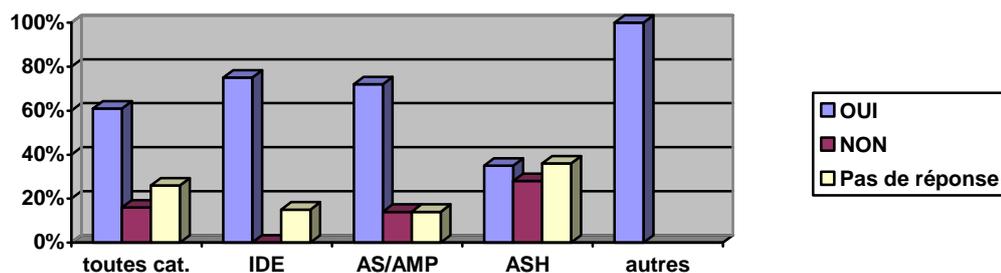
Alimentation et Maladie d'Alzheimer

Question 10 Selon vous, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer conservent elles la sensation de faim?



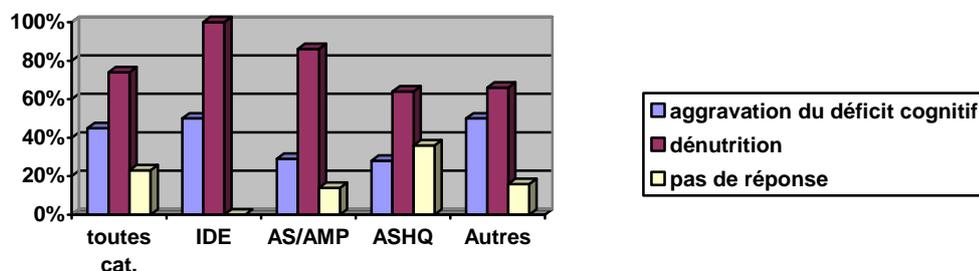
Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	18	8	5
%	58	26	16

Question 10 bis Conservent elles le goût?



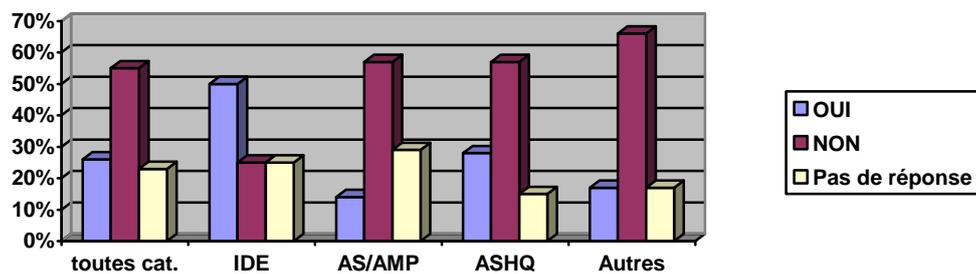
Toutes cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	19	5	7
%	61	16	23

Question 11 Selon vous, un suivi nutritionnel des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer s'impose en prévention:



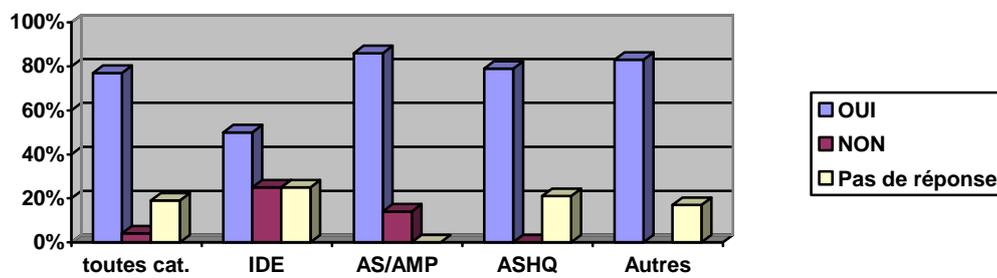
Toutes cat.	Aggravation déficit cognitif	Aggravation de la dénutrition	Pas de réponse
TOTAL	14	23	7
%	45	74	23

Question 12 Avez-vous reçu une formation spécifique sur l'alimentation des personnes âgées?



Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	8	17	6
%	26	55	19

QUESTION 12 bis Le cas échéant, souhaiteriez vous bénéficier d'une telle formation?



Toutes Cat.	OUI	NON	Pas de réponse
TOTAL	24	1	6
%	78	3	19

Annexe 4 Entretien semi directif : guide

ENTRETIEN SEMI DIRECTIF : GUIDE

Thèmes :

Les goûts et habitudes du résident

- Lorsque que vous étiez chez vous, qu'aimiez vous manger et boire ?
- Est-ce que vous cuisiniez beaucoup ?
- Aimiez vous vous retrouver à table en famille ?

Le repas, le plaisir de table

- Que pensez vous des repas qui vous sont servis à la maison de retraite ?
- Ce moment vous semble t'il convivial ? Comment vous entendez vous avec vos voisins de table ?
- Le service à table vous convient t'il ?
- Qu'aimeriez vous les voir changer ?

Le cadre du repas

- Où avez-vous l'habitude de prendre vos repas ?
- Ce lieu est il agréable ?

Le personnel :

- Comment trouvez vous le personnel ? Est il attentif à vos demandes ?

Conclusion : qu'aimeriez vous voir changer à la Résidence Jallier ?