



---

**Diplôme d'Établissement**  
**« Directeur d'EHPAD et Droits des**  
**usagers : enjeux, outils, méthodes »**

Promotion : **2011-2012**

---

**Mieux accompagner les usagers,**  
**présentant une maladie d'Alzheimer**  
**ou apparentée, pendant le repas à**  
**l'accueil de jour Alzheimer**

Nathalie BLIN

---

**Responsables pédagogiques :**  
**Karine LEFEUVRE-DARNAJOU,**  
**Professeur au département**  
**SHS-CS et Christelle**  
**ROUTELOUS, Professeur à**  
**l'Institut du Management,**  
**EHESP**

**Responsable de l'atelier**  
**mémoire : Karine CHAUVIN**

---

# Remerciements

---

Je remercie tous les salariés de l'association l'Escale qui ont eu un rôle essentiel tout au long de ce travail.

Je remercie mon conjoint, Geoffroy et mes enfants, Antoine et Maximilien, pour leur patience et leur compréhension.

Je remercie, ma famille et mes amis, pour leur écoute.

Je remercie, Karine Chauvin, pour ses conseils.

---

# Sommaire

---

## Introduction

**Chapitre 1** : Des difficultés pour les usagers pendant les repas à l'accueil de jour Alzheimer

- 1.1 L'accueil de jour Alzheimer : un soutien précieux qui soulage aidant comme aidé - p.3
- 1.2 Le repas et ses dimensions symboliques - p.4
- 1.3 L'accueil de jour de « l'Escale », son histoire et son fonctionnement - p.5
- 1.4 Vie quotidienne à l'accueil de jour - p.6
- 1.5 Les difficultés rencontrées pendant le repas, état des lieux et hypothèses - p.7
- 1.6 Le cadre législatif et réglementaire : droits des usagers et les bonnes pratiques professionnelles - p.9
  - 1.6.1 Les droits des usagers à l'accueil de jour sur les repas proposés
  - 1.6.2 Les normes imposées à la cuisine centrale de l'accueil de jour

**Chapitre 2** : Les besoins et les attentes pendant le repas à l'accueil de jour

- 2.1 Des usagers et des aidants qui recherchent le plaisir de manger - p.11
- 2.2 Des professionnels qui souhaitent mettre en avant le goût des usagers avec des menus adaptés – p.12
- 2.3 Comparaison avec des structures extérieures – p.16
- 2.4 Analyse documentaire des outils de la loi 2002.2 et droits des usagers – p.16

**Chapitre 3** : Des propositions pour améliorer le repas à l'accueil de jour : une implication du directeur d'EHPAD afin d'impulser une démarche participative auprès de tous les acteurs

- 3.1 Le repas, une prestation adaptée qui respecte le goût des usagers – p.18
  - 3.1.1 Recueillir les habitudes alimentaires à l'entrée, les modalités
  - 3.1.2 Le vin, oui mais dans quel cadre réglementaire ?
- 3.2 Un travail de collaboration avec le cuisinier – p.20
  - 3.2.1 assurer la qualité nutritionnelle des repas en tenant compte de la personne âgée et de la maladie d'Alzheimer

3.2.2 Adaptation des menus et travail en lien avec l'accueil de jour

3.3 Une prise en charge à l'accueil du repas efficace avec des conditions et du matériel adapté – p.23

3.4 L'ergothérapeute en accueil de jour, un rôle incontournable – p.25

3.5 Des formations demandées par les soignants – p.25

3.6 Des aidants en difficulté mais sans attente particulière – p.26

3.7 Planification des actions à mettre en œuvre puis évaluation – p.27

## **Conclusion**

Bibliographie

Liste des annexes

Note d'observation

---

## Liste des sigles utilisés

---

AJA : Accueil de Jour Alzheimer

ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

AMP : Aide Médico-Psychologique

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

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASG : Assistant de Soins en Gériatrie

CADA : Centre d'Accueil et de Demandeur d'asile

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

EHPA : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESA : Equipe Spécialisée Alzheimer

GEM-RCN : Groupe d'Etudes des Marchés Restauration Collective et Nutrition

HACCP: Hazard Analysis Critical Control Point

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer

PNNS : Programme National Nutrition Santé

SIAE : Service d'Insertion par l'Activité Economique

SPASAD : Service Polyvalent de Soins et d'Aides à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

## Introduction

La maladie d'Alzheimer est devenue depuis quelques années un problème important de santé publique. Cette maladie et les syndromes apparentés progressent inexorablement avec l'âge : à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés.

Selon une étude de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé), cette maladie est devenue la crainte numéro un des français après 50 ans précédant le cancer. Pour répondre à ce fait de société, le dernier plan Alzheimer 2008-2012 comporte 44 mesures concrètes. Ce plan est ambitieux : 1.6 milliards d'euros de dépenses sur cinq ans comprenant trois volets : recherche, santé et solidarité. Il est focalisé sur la personne malade et sa famille en ayant pour objectif de fournir un effort très important sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et de mettre en place une meilleure prise en charge des malades et de leurs aidants.

L'accueil de jour Alzheimer, mesure 1 du plan Alzheimer 2008-2012, permet d'offrir du répit à l'aidant le temps d'une demi-journée ou d'une journée, parfois, plusieurs jours par semaine. L'augmentation des places en accueil de jour (11000 places au 31 décembre 2011<sup>1</sup>) a donc permis de renforcer le répit et de répondre à plusieurs objectifs. Au final, *« l'accueil de jour en proposant un espace et des activités en dehors du domicile, a pour finalité d'améliorer la qualité de vie à domicile, de permettre aux personnes de conserver une vie sociale et d'offrir un temps de répit à la famille »*<sup>2</sup>.

Posant le regard sur l'accueil de jour où je travaille, j'ai constaté effectivement que nous répondions à la demande. Par contre, en me mettant à la place de certains usagers, je remarque que des difficultés existent sur la prise du repas notamment le midi. Des constats faits en observation directe et aussi rapportés par l'équipe soignante sont les suivants : certains aliments sont difficiles à manger pour les usagers, les goûts ne sont pas demandés à l'entrée entraînant parfois des menus non adaptés et le matériel facilitant la prise des repas est inexistant (comme des sets de table antidérapants ou des couverts adaptés par exemple). Des difficultés se manifestent aussi dans la relation professionnel/aidé lorsque celui-ci refuse de l'aide ou lorsqu'il n'est pas compris dans sa demande. Pour pouvoir comprendre et répondre, dans la mesure du possible, aux difficultés de certains usagers et des professionnels, une question de départ est posée sur l'accompagnement des usagers pendant le repas : *Pourquoi des usagers*

---

1 Extrait du bilan « plan Alzheimer 2008-2012 », dossier de presse, palais de l'Elysée, 1-02-2012

2 ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » – 02.09-

*présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée rencontrent-ils des difficultés lors des repas à l'accueil de jour ?*

Afin d'y répondre et de comprendre comment se déroule le repas du midi et ainsi appréhender les difficultés voici ma méthodologie retenue :

- Une observation directe : déjeuner 4 fois le midi à l'accueil de jour en respectant la tranche horaire : 11h30 - 13h30. Une grille d'observation pour comprendre comment mangent les malades a été remplie (voir annexe de la note d'observation). J'ai pris également contact avec 2 autres structures accueillant des usagers ayant la maladie d'Alzheimer pour connaître leur fonctionnement autour du repas. Je souhaite savoir si des difficultés existent et savoir comment elles sont traitées. L'intérêt est de savoir si leurs actions mises en place sont intéressantes pour pouvoir m'inspirer éventuellement.
- Une étude sur le cadre réglementaire et les normes imposées à la cuisine centrale
- Une observation des documents issus de la loi 2002.2 en lien avec les droits des usagers
- Une réalisation de 12 entretiens semi-directifs avec des grilles d'entretien (voir en annexe n°2) pour :
  - 3 aides-médico psychologiques de l'accueil (AMP)
  - 4 usagers de l'accueil de jour
  - 3 aidants principaux avec une rencontre au domicile
  - l'ergothérapeute de l'équipe spécialisée Alzheimer
  - le responsable de la cuisine centrale

Mon travail se déroule en 3 parties. Le chapitre 1 présente la maladie d'Alzheimer avec ses conséquences pendant le repas, il expose également le fonctionnement de l'accueil de jour. La cuisine centrale est aussi appréhendée juridiquement et dans sa fonctionnalité. En deuxième partie, une observation directe sur le terrain est effectuée avec 4 déjeuners à l'accueil de jour pour repérer des difficultés. Dans le même temps, 12 entretiens semi-directifs sont réalisés avec les acteurs concernés pour repérer les difficultés. Je me rapproche également de 2 structures accueillant le même public. Dans le dernier chapitre, des propositions travaillées en équipe, à mettre rapidement en place ou sur plusieurs mois, sont proposées. Un tableau récapitulatif avec une planification des actions à mettre en œuvre ainsi qu'une date d'évaluation clôture ce travail. Mon regard de directrice est présent pendant tout ce travail pour poser le cadre et impulser une dynamique participative de travail afin de créer un panel de solutions concrètes.

## **Chapitre 1 : Des difficultés pour les usagers pendant les repas à l'accueil de jour Alzheimer**

### **1.1 L'accueil de jour Alzheimer : un soutien précieux qui soulage aidant comme aidé**

Depuis plusieurs années, la société prend conscience de la place importante accordée à la maladie d'Alzheimer dans nos vies. En France, 860 000 personnes étaient atteintes de cette maladie en 2007. 1,3 millions de malades sont attendus en 2020. Le nombre de malades est en constante progression due, en grande partie, à l'augmentation de l'espérance de vie dans notre société qui se trouve ainsi obligée de réorganiser le modèle social en profondeur.

Cette pathologie évolutive se traduit par des troubles de la mémoire importants et entraîne la perte de repère dans le temps et l'espace. Le malade perd progressivement sa capacité de penser, de s'exprimer ou de s'occuper de lui, il devient vulnérable. La vie du malade et de ses proches est transformée en profondeur laissant souvent place à un grand désarroi rempli de questions. L'accueil de jour Alzheimer a donc été créé pour apporter une aide précieuse, devenant ainsi au fil des années un soutien incontournable pour les aidants et les usagers.

Apparus en psychiatrie dans les années 1930, des centres de jour puis des accueils de jour polyvalents existent en gériatrie puis sont laissés de côté. Grâce au nombre important de malades et une politique en leur faveur, l'accueil est de retour depuis 2001-2002 (1131 places répertoriées en 2002)<sup>3</sup>. En 2002 et 2005, la circulaire du 16/04/2002 et celle du 30/03/2005 ont fourni un cahier des charges bien spécifique pour les accueils de jour Alzheimer.

Depuis la parution de la circulaire du 25 février 2010 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées, le nombre de place minimum est de 6 pour un accueil au sein d'un établissement et de 10 pour un accueil de jour autonome. De plus, l'accueil de jour doit proposer un dispositif de transport adapté entre le domicile de l'utilisateur et l'accueil. A défaut, un remboursement est effectué des frais de transport supportés (forfait). C'est une nouvelle disposition mise en place suite au décret du 29 septembre 2011 relatif à l'accueil de jour. Les usagers vivant au domicile peuvent être accueillis une ou plusieurs fois dans la semaine. La prise en charge financière de l'accueil de jour peut faire partie d'un plan d'aide proposé dans le cadre de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) à domicile, financé par le Conseil Général.

---

<sup>3</sup> p.Menecier, c. Arezes et al. « La Revue de la gériatrie », Tome 33, N°3 mars 2008

A quoi sert un accueil de jour Alzheimer ? Voici une définition de l'accueil de jour extraite du document réalisé par l'instance prospective Alzheimer <sup>4</sup>:

*« L'accueil de jour dispose d'un personnel qualifié et compétent pour la prise en charge des malades Alzheimer et apparentés. C'est un lieu de vie qui a un double objectif :*

- *les malades peuvent renouer une vie sociale et participer à des activités diverses : dans un but thérapeutique (entretien notamment des facultés cognitives et de la motricité) ou simplement pour le plaisir*
- *Grace à l'accueil de jour, l'accompagnement habituel, peut souffler et s'occuper de lui-même. Il peut aussi bénéficier d'une aide de la part des intervenants de l'accueil de jour. »*

Actuellement 1781 accueils de jour existent totalisant ainsi 11 744 places, 11 % sont des accueils de jour autonomes c'est-à-dire non rattachés à un établissement d'hébergement (Données fournies par la lettre de l'observatoire<sup>5</sup>).

## 1.2 Le repas et ses dimensions symboliques

Travailler sur les repas représente un enjeu important pour une directrice d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). La « qualité de vie » de l'usager est une mission permanente. Plusieurs paramètres sont à prendre en considération. Tout d'abord, préserver l'état de santé de l'usager, en proposant un repas équilibré, limite la dénutrition (risque majeur du vieillissement). De plus, ce repas adapté permet de partager un temps en collectivité. Un temps fort qui peut correspondre à un moment de convivialité intense. Partager et échanger autour d'une table redonne une dimension sociale, souvent en perte de vitesse pour un malade Alzheimer. Enfin, manger est un acte de plaisir présent encore pour de nombreux malades. La nourriture peut réveiller des bons ou des mauvais souvenirs sur des goûts, des préférences ou des émotions particulièrement, pour les malades de l'accueil : la mémoire ancienne est souvent présente. Il est important pour moi de ne pas réduire le repas à une prestation fournie par l'accueil pour répondre aux besoins physiologiques de la personne âgée. Travailler sur les goûts alimentaires et les habitudes<sup>6</sup> de l'usager permet de contribuer à une meilleure qualité d'accompagnement de celui-ci pendant le repas. L'expression est

---

4 Donnio I., « la prise en compte des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés » tome 2 dossier documentaire –EHESP 03-2012

5 Fondation MEDERIC ALZHEIMER, « état des lieux 2011 des dispositifs d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer ». 06. 2012

6 ANESM « qualité de vie en EHPAD (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement – 02. 2011- p61

valorisée permettant de respecter cette recommandation de l'ANESM<sup>7</sup> : « *La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation.* »

### 1.3 L'accueil de jour de « l'Escale », son histoire et son fonctionnement

Tout d'abord, il me semble important de vous présenter rapidement l'Association l'Escale, gérée par monsieur Serge THOMAS, Directeur Général, dans laquelle je travaille comme directrice des Services de Soins et d'Aide à Domicile depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2012. Cette association créée en 1951 possède un volet social important : un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), avec de nombreux appartements sur la Rochelle pour le relogement, un Service d'Insertion par l'Activité Economique (SIAE), un Centre d'Accueil et de Demandeur d'Asile (CADA), un restaurant social, un service de portage de repas à domicile et une cuisine centrale (1000 repas par jour livrés). Elle possède également un (EHPAD) de 19 places accueillant exclusivement un public très socialement défavorisés (anciens « sans domicile fixe »). L'association embauche près de 300 salariés.

Le pôle soins et aide à domicile regroupe plusieurs services (dont un Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile : SPASAD) nous donnant la possibilité d'une prise en charge adaptée et personnalisée des usagers selon leurs besoins :

- Un centre de soins infirmiers : soins à l'acte sur prescription médicale, 24 h/24, 7 j/7 (20 infirmiers). Un Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) d'une capacité de 15 lits, en partenariat avec le centre hospitalier de La Rochelle.
- Un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) de 100 places sur La Rochelle. Une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) de 30 places sur toute la communauté d'agglomération de la rochelle.
- Un service d'aide à domicile (Prestataire et Mandataire).
- Depuis le 1<sup>er</sup> aout 2012, une plateforme de répit et d'accompagnement pour les aidants propose une palette de services pour soulager l'aidant et accompagner l'utilisateur (mesure 1 du plan Alzheimer 2008-2012). Ce dispositif est adossé à l'accueil de jour Alzheimer.

L'accueil de jour Alzheimer de l'Escale a été créé en 1998 par France Alzheimer avec une capacité de 7 personnes. En l'an 2000, un transfert de gestion est opéré vers un centre de soins rochelais puis, en 2007, il y a une fusion avec l'association l'Escale qui obtiendra 3 places supplémentaires en 2008.

C'est une structure accueillant des personnes, présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, habitant au domicile, pour une ou plusieurs journées par

---

<sup>7</sup> ANESM « synthèse sur la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre »- 01. 2012- p1

semaine, voire demi-journée. La structure est autonome (non rattachée à un établissement). Le fonctionnement est identique à un EHPAD, c'est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA), non médicalisé. Un tarif hébergement et un tarif dépendance sont appliqués (voir annexe n°1). La convention tripartite a été renouvelée en juin 2010. Soixante cinq personnes ont été accueillies en 2011 dont 44 nouvelles entrées. La moyenne d'âge est de 85 ans. Un tiers des usagers sont des hommes.

Notre accueil de jour répond à ces deux objectifs : mobiliser les capacités en favorisant la socialisation des personnes accueillies et offrir du temps de répit aux aidants. La finalité est d'améliorer la qualité de vie au domicile.

L'équipe de l'accueil de jour est composée d'un infirmier coordinateur (0.25 ETP), de 3 aides médico-psychologiques (2,5 ETP) et de 6 auxiliaires de vie sociale (3,6 ETP).

L'inscription à l'accueil de jour nécessite d'établir un bilan d'évaluation réalisé par l'infirmier coordinateur au domicile, il prépare le dossier d'admission avec l'aidant.

L'accueil de jour de l'association « l'Escale » se trouve au cœur de la rochelle dans une maison d'habitation complètement transformée pour accueillir 10 usagers maximum par jour de, 10 h à 17 h, du lundi au vendredi, toute l'année sauf les jours fériés.

Pour les personnes qui le souhaitent, un transport aller et/ou retour au domicile peut-être organisé. Le transport est assuré par une auxiliaire de vie dans un véhicule adapté et spécifique. Un circuit de ramassage est planifié quotidiennement. L'utilisateur devra être prêt et accompagné jusqu'au véhicule par la famille ou un accompagnateur, le matin. Le retour s'effectue entre 16h45 et 18h15. Un remboursement forfaitaire est appliqué lorsque l'utilisateur n'utilise pas le transport (voir annexe n° 1) suite à la circulaire du 25 février 2010.

Situé en rez-de-chaussée dans une maison avec un petit jardin clôturé avec terrasse, elle est composée de 2 espaces de vie pourvus d'installations et d'équipements nécessaires pour une prise en charge optimale.

A l'entrée, un espace d'accueil et d'échange permet aux familles et aux usagers de prendre connaissance du programme d'activités de la semaine, du menu, des photos d'ateliers réalisés et d'un ensemble d'informations par affichage.

Une pièce de vie aménagée aide à la stimulation de la mémoire ainsi qu'à l'esprit créatif par des ateliers de groupe (jeux, travaux manuels, chants et musique). Un espace est réservé pour la phase de repos.

#### 1.4 Vie quotidienne à l'accueil de jour

Une journée type débute vers 10h00 et s'organise autour d'un café à l'arrivée des usagers où diverses activités sont proposées. Sur une éphéméride est inscrit chaque jour la date, le menu et les activités. La lecture du journal est faite tous les matins et chacun

peut apporter ses commentaires. Des ateliers sont ensuite proposés selon la capacité et le consentement de chacun. Le déjeuner est servi vers 12h00 suivi d'un moment de repos pour ceux qui le souhaitent. Une promenade est organisée selon les conditions météorologiques ainsi que des activités manuelles. Une collation est prévue vers 16h00.

Les repas sont servis dans une salle à manger sur trois petites tables facilitant le regroupement des personnes par affinité. Chacun peut choisir sa place en fonction de ses envies. En général, les habitués pouvant encore discuter se retrouvent avec plaisir autour de la même table. La salle de séjour accueille les usagers préférant être à l'écart du groupe (salle accueillant maximum 3 personnes). La présence d'un membre du personnel à la table permet d'apporter une aide en cas de besoin pour couper la viande, se servir à boire, faire manger et stimuler la personne.

Ces repas sont préparés à la cuisine centrale de l'Association l'Escale et réchauffés sur place : ils sont livrés tous les deux jours en chaîne froide. Ils tiennent compte des prescriptions médicales, des éventuels régimes particuliers ou des allergies de chaque personne accueillie. C'est le chef cuisinier qui compose les 5 repas de la semaine. Il y a peu de menus transformés, même en cas de troubles de la déglutition. En effet, le mixé est peu présent à l'accueil de jour. Nous suivons les recommandations de l'HAS (2007) qui recommande de ne pas proposer systématiquement un mixage des aliments, devenant peu appétissant. Le recours à des aliments mixés réduit, en effet, le risque d'étouffement aigu mais pas le risque de fausse route (passant alors inaperçue et donc celui d'infection respiratoire basse).

Le repas est encadré par 2 Aides Médico Psychologique (AMP) et une aide à domicile. Actuellement, le personnel est suffisant au moment du repas. En effet, beaucoup d'usagers mangent seuls et une aide ponctuelle suffit. Les salariées mangent en même temps que les usagers favorisant ainsi la prise du repas par mimétisme. Les menus sont affichés toutes les semaines dans le hall d'accueil et transmis à la famille par le cahier de liaison, outil mis en place pour communiquer et partager entre la famille et l'accueil de jour.

#### 1.5 Les difficultés rencontrées pendant le repas, état des lieux et hypothèses :

Tout d'abord, voici la maladie d'Alzheimer selon l'HAS <sup>8</sup> : *« c'est une maladie neuro-dégénérative d'évolution progressive. Elle est la cause principale de la dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'entrée en institution. Elle commence bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs diversement associés et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité... »*. Avec le vieillissement physiologique, la personne âgée souffre déjà bien souvent d'altération de

---

<sup>8</sup> HAS, recommandation de bonne pratique - maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, p.7- 2011

ces cinq sens entraînant déjà une difficulté pour les repas. C'est alors que les complications nombreuses, entraînées par la maladie d'Alzheimer, s'additionnent.

Les malades présentent des difficultés alimentaires causées notamment par :

- l'amnésie : perte de repère dans le temps, oubli du repas (mémoire défaillante)
- l'aphasie : ne comprend plus le langage parlé ou écrit, difficile de savoir si la personne à faim
- l'agnosie : incapacité pour reconnaître la fourchette ou l'aliment dans l'assiette
- l'apraxie : difficultés à utiliser les couverts ou exécuter les actes de la vie quotidienne comme s'habiller ou se laver
- des troubles du comportement : ne reste pas à table ou peut rester devant l'assiette sans manger (signe d'agressivité par moment)
- des troubles de la déglutition sont souvent associés
- à un stade avancé, certains malades souffrent d'hyper oralité, ils portent tout à la bouche et risquent d'avaler des objets non comestibles (bouchons...)

L'échelle de Blandford est une échelle qui permet de dépister des troubles du comportement alimentaire chez les personnes ayant la maladie d'Alzheimer. Elle comprend 4 groupes de troubles : la dysphagie oropharyngienne, les comportements sélectifs, les comportements actifs de résistance alimentaire ou d'opposition et la dyspraxie buccale et les troubles de l'attention<sup>9</sup>. Les capacités des personnes âgées à s'alimenter évoluent au cours de la maladie d'Alzheimer. Il est important de les repérer pour les prendre en charge et ainsi retarder l'arrivée d'une dénutrition. Cette dernière fait partie des complications les plus fréquentes rencontrées dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Il faut savoir qu'elle favorise les troubles cognitifs, diminue nettement l'autonomie et aggrave le risque d'hospitalisation. Le risque de dénutrition est donc important chez la personne âgée : il est important de veiller à proposer des repas conformes aux besoins nutritionnels des personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

Dans un premier temps, j'ai relevé des difficultés rencontrées régulièrement par l'équipe de l'accueil de jour au moment du repas, les voici :

- le refus de s'alimenter, le salarié ne sait pas si c'est par goût alimentaire ou par refus dû à la maladie. Il est arrivé plusieurs fois que des usagers refusent de manger quand ils ne connaissent pas les aliments comme des fruits nouveaux (pour eux) le kiwi ou tout simplement un mélange inconnu, par exemple, une salade de pâtes froides avec du maïs et des olives.
- la difficulté pour l'utilisation des couverts.
- le besoin de déambuler pendant le repas.
- la fausse route et les troubles de la déglutition.

---

<sup>9</sup> Prog. MOBIQUAL, « nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée en EHPAD ». Amélioration des pratiques prof., p.26-2009

- Le tri des aliments engendrés par des décorations comme la ciboulette ou le persil perturbent le malade.
- Le manque de plat de substitution.
- Le manque de matériel adapté spécifique pour le repas comme des verres à encoche nasal ou des sets de table antidérapants.
- L'utilisateur qui mange avec les doigts.

Il est important de souligner que le repas n'a pas seulement un intérêt nutritionnel, il structure la journée et maintient les relations sociales. Il est à noter que les troubles de l'alimentation sont en lien avec les désordres intellectuels : la maladie d'Alzheimer désorganise de façon progressive les activités de la vie quotidienne comme manger et boire.

En partant de ces premiers constats et avant un diagnostic plus poussé, j'ai décidé de réfléchir dans les chapitres suivants à cette problématique soulevée : *pourquoi les usagers présentant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée rencontrent-ils des difficultés lors des repas à l'accueil de jour ?*

Sur la base de mes lectures et de mes premières observations, voici trois hypothèses qui me permettront d'orienter mes investigations de terrain :

- Les besoins des usagers ne sont pas intégralement identifiés par les professionnels
- Les menus proposés par la cuisine centrale ne sont pas adaptés
- L'environnement matériel n'est pas adéquat à leurs besoins

## 1.6 Le cadre législatif et réglementaire : droits des usagers et les bonnes pratiques professionnelles

### 1.6.1 Les droits des usagers à l'accueil de jour sur les repas proposés

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale repose les fondements des droits des usagers dans les structures notamment, le droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité adapté à l'âge et aux besoins, ainsi qu'au respect de ses choix et de ses volontés.

Le Décret du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes âgées dans les établissements type Accueil de Jour Alzheimer (AJA).

La Circulaire du 30 mars 2005 fait référence au cahier des charges pour les AJA.

La Charte des droits et de la personne accueillie.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM sont répertoriées dans la rubrique « bibliographie ».

Le Plan Alzheimer 2008-2012.

### 1.6.2 Les normes imposées à la cuisine centrale de l'accueil de jour

Mon travail étant ciblé sur des difficultés pendant le repas, il me semble important de connaître les normes à respecter pour la cuisine centrale puisque la restauration collective est soumise à une réglementation bien spécifique.

L'arrêté du 29.09.1997 qui fixe les conditions d'hygiène à appliquer pour la cuisine centrale avec notamment la Méthode HACCP (analyse des risques et maîtrise des points critiques). Le but est d'identifier tous les risques en lien avec la sécurité alimentaire de la production jusqu'à la livraison à tous les stades de la fabrication.

La réglementation européenne (178/2002-852/2004-853/2004) avec la note de service (2005/8026) sur la traçabilité visent à homogénéiser les pratiques à l'échelon européen pour garantir une sécurité alimentaire.

Le Livret d'office regroupant les bonnes pratiques pour les agents de livraison et pour les soignants effectuant la réception puis la distribution (sécurité).

La Recommandation relative à la nutrition du 4 mai 2007 rédigée par le Groupe d'études des marchés Restauration collective et nutrition (GEM-RCN) qui rappelle la nécessité de veiller à l'apport protéino-énergétique dans l'alimentation quotidienne proposée aux personnes âgées en institution (ministère de l'économie des finances et de l'industrie).

L'arrêté ministériel des 18 et 21/12/2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de transport de denrées alimentaires en contenant.

## **Chapitre 2 : Les besoins et les attentes pendant le repas à l'accueil de jour**

Actuellement l'accueil de jour fonctionne comme un EHPAD mais sans la dimension soin. L'objectif est d'offrir un accueil et un suivi personnalisé de l'usager en permanence avec les moyens financiers accordés. Mon travail réalisé sur les difficultés rencontrées pendant le repas doit servir aussi bien un accueil de jour Alzheimer qu'un EHPAD puisque les problématiques soulevées peuvent être aussi rencontrées dans une structure médicalisée. Afin de vérifier la véracité des trois hypothèses posées, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs avec d'une part les usagers et les aidants et d'autre part, les professionnels. Pour compléter et argumenter les difficultés rencontrées pendant le déjeuner par les usagers, un regard sur 2 structures extérieures est opéré avec pour terminer une analyse documentaire des outils de la loi 2002-2.

## 2.1 Des usagers et des aidants qui recherchent le plaisir de manger

La rencontre avec les usagers est orientée sur la satisfaction ou des non des repas, sur le respect des goûts avec les habitudes et sur le « ressenti » de leur environnement (grille en annexe n°2). L'entretien avec les usagers est difficile. En effet, la plupart des usagers sont déjà dans un stade de maladie assez sévère. J'ai eu très peu de réponses utilisables. Ils étaient heureux de me répondre mais déjà loin des problématiques des repas à l'accueil. Une difficulté existe au moment du repas pour certains mais elle est vite oubliée à la fin du déjeuner en raison de la maladie : la mémoire récente s'est effacée.

Sur les 4 usagers interrogés, la prestation du repas leur convient : « *Tout est bon pour moi* ». Mes questions étaient difficiles à comprendre pour eux. Mais, une dame m'a expliqué qu'elle souffrait d'agueusie (absence de goût) : « *j'ai besoin de sel ou de moutarde en permanence* ». Concernant le choix des menus non sollicités, il n'y a pas de souhait à prendre part à ce choix. J'ai été surprise de constater qu'en demandant s'ils aimaient le repas à l'accueil, la réponse était oui mais « *le petit verre de vin rouge manque* ». En effet, Les usagers font partie d'une génération habituée à déjeuner avec un verre de vin rouge.

J'ai rencontré 3 aidants à leur domicile durant 45 minutes environ (grille en annexe n°2).

Ces 3 entretiens ont révélé les points suivants :

### **La méconnaissance des menus à l'accueil :**

Ils ne connaissent pas les menus pour le déjeuner à l'accueil et ils n'utilisent pas le cahier de transmission qui permet de connaître toutes les lundis les menus pour la semaine. Ils n'ont pas non plus été consultés à l'entrée de leur conjoint sur les goûts et les habitudes alimentaires de celui-ci.

### **La maladie d'Alzheimer et ses conséquences inconnues :**

Les troubles de la maladie ne sont pas connus, le fait de donner à manger est difficile à vivre. Il n'y a pas de difficulté pour préparer le repas mais une volonté commune pour avoir des astuces, la vie à deux est transformée car manger ensemble devient difficile. Souvent le malade termine avant l'aidant : « *Le repas est devenu purement matériel, c'est une contrainte* ». En effet, il n'y a plus d'échange verbal. Il y a une incompréhension pour l'aidant de voir son conjoint manger avec les doigts (méconnaissance des conséquences de la maladie). Un conjoint souhaiterait que sa femme fasse « *un petit régime, elle mange beaucoup* » : sa femme oublie qu'elle a mangé donc elle revient régulièrement dans la cuisine. Son mari culpabilise de la restreindre. Une grande lassitude chez les 3 aidants est relevée, un regret sur la vie d'avant est décelable et compréhensible. Une résignation s'est installée progressivement avec un manque évident d'aides concrètes notamment sur les conséquences de la maladie comme les pertes de mémoire récentes. Un aidant se

trouvait en grande difficulté par rapport à l'incontinence de sa femme, il la réveillait 2 fois dans la nuit pour l'emmener aux toilettes afin d'éviter les fuites dans le lit. Je lui ai parlé des protections nocturnes adaptées en lui expliquant l'intérêt, j'ai ramené un paquet le soir même. Il était ravi.

### **La satisfaction des repas :**

Au final, les conjoints sont satisfaits des repas à l'accueil et contrairement à ce que j'imaginai, ils ne souhaitent pas être sollicités pour les goûts à l'entrée. Les amis s'éloignent car la maladie fait peur et je ressens un manque évident de communication pour échanger sur les difficultés. Des aides sont attendues notamment dans l'aide au repas. Un guide sur les conseils pour aider à vivre au quotidien avec un malade Alzheimer est donné à chaque entrée sur l'accueil de jour (14 pages de conseil avec des solutions face aux troubles évoqués, guide réalisé à l'occasion de la réponse à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour la plateforme de répit en décembre 2011). Il existe un écart entre les images sociales et les pratiques, notamment, chez les aidants ce qui me laisse penser que pour souligner l'effet de réalisme chez les aidants : « *La peur de la maladie (et peut-être le portrait que la société en fait) les incite à avoir une représentation catastrophiste de leur parent dément, mais en même temps, le souci de l'aider les conduit à avoir un comportement qui oublie ces représentations, dans un travail de maintien de l'identité<sup>10</sup>* ». Discuter avec les aidants m'interpelle sur une aide nécessaire (mais non présagée au début de mon travail sur les repas) à leur apporter : une partie est donc consacrée dans le 3e chapitre aux aidants en difficulté.

## 2.2 Des professionnels qui souhaitent mettre en avant le goût des usagers avec des menus adaptés

J'ai rencontré 5 professionnels, (grille en annexe n°2), 30 minutes environ. Ils sont sensibles à la nécessité de mettre en place de nouveaux moyens à l'accueil et donnent même des propositions. Les entretiens ont soulevé des problèmes de fonctionnement mais aussi des propositions qui sont les suivantes.

### **Les goûts et les habitudes alimentaires :**

Les habitudes alimentaires des usagers ne sont pas connues. Les goûts ne sont pas demandés à l'entrée. Un temps d'adaptation est donc laissé à l'utilisateur pour savoir si une aide est nécessaire : « *c'est dommage !* » souligne une AMP.

### **Un environnement matériel inadapté :**

---

<sup>10</sup> Extrait de la revue, actualité et dossier en santé publique (ADSP) n°65 12-2008.

Les salariés repèrent ces inadaptations : « *Tout s'en va car il n'y a pas de set antidérapant sous l'assiette, les assiettes creuses sont inexistantes ainsi que les verres à encoche nasal* » ; « *Des gens mangent goulument mais on s'adapte comme on peut* ». « *Les serviettes en papier jetables ne sont pas adaptées ni les bavoirs en éponge.* »

### ***Une formation nécessaire sur la maladie et sur ses conséquences :***

Deux salariées sur trois demandent une formation complémentaire pour bien connaître la maladie d'Alzheimer et ses conséquences et ainsi accompagner chaque personne en la laissant la plus libre possible sur sa façon de s'alimenter. Le but est de garder le repas comme une source de plaisir et de satisfaction pour chaque malade. Elles se trouvent fréquemment confrontées à des questions : certains usagers n'apprécient pas qu'on leur dise de prendre le couvert adapté donc « *on reste en retrait* », « *Il faut leur montrer mais comment ?* ». Cette demande avait été entendue l'année dernière puisqu'une AMP démarre une formation d'assistante de soins en gérontologie (ASG) en septembre, voir chapitre 3.5.

### ***Une rencontre souhaitée avec le cuisinier pour échanger sur les problèmes rencontrés :***

Les trois salariés soulignent le fait qu'il n'y a pas de rencontre entre la cuisine centrale et l'accueil. Les menus proposés ne montrent aucun signe distinctif pour l'accueil de jour, les salariés ne peuvent pas donner leur avis sur des menus éventuels. Il n'y a pas de demande faite concernant le goût de l'utilisateur à l'entrée : les menus ne sont donc pas adaptés.

Quand il manque un repas ou juste pour avoir des sachets de moutarde supplémentaires, aucune procédure n'existe. Les salariés ont l'impression qu'il n'y a pas de suivi par la cuisine : « *on n'a pas eu de gâteau la semaine dernière* », « *il manque parfois du pain* » ; « *on attend trop pour le café* ». Le fait de travailler sur les menus soulève des problèmes de qualité de service. C'est une notion à prendre en compte pour améliorer le fonctionnement entre la cuisine et l'accueil de jour. Des procédures sont certainement à mettre en place entre ces deux services.

De nombreux points sont relevés sur les repas :

- Des difficultés apparaissent avec des aliments qui sont nouveaux pour les malades, entraînant ainsi des difficultés pour manger (par exemple : le maïs, les graines de soja, les kiwis, le pamplemousse ou les cordons bleus). Les usagers ne connaissent pas ce genre d'aliments relativement récents pour eux. Ayant perdu la mémoire récente du fait de la maladie, ils se retrouvent régulièrement devant un aliment inconnu.
- Certains plats sont sans sauce, c'est donc plus difficile à manger. Le goût du plat est moins agréable et le contenu de l'assiette est plus difficile à manger.

- Des aliments pénibles à manger comme le chou rouge et le radis sont souvent proposés. Ils sont durs et se coincent dans l'appareil dentaire occasionnant une gêne difficilement exprimable par le malade. Ils peuvent rester ainsi tout l'après-midi avec l'impossibilité d'enlever le bout d'aliment générant ainsi un stress ou une nervosité non comprise par l'équipe (troubles de la communication verbale du malade).
- les grains d'échalote ou la ciboulette qui agrémentent les plats obligent certains usagers à trier et perturbent le déroulement du repas. Les aliments composés de mélanges de textures différentes comme une salade de pâtes avec du thon, des olives et des tomates sont aussi perturbateurs.
- Les aliments ne sont pas adaptés pour ceux qui mangent avec leurs doigts. Régulièrement, des usagers prennent directement avec les mains la nourriture dans l'assiette.

### **Des propositions et des aliments attendus :**

Plusieurs propositions sont faites par l'équipe avec la volonté de répondre aux besoins des usagers mais aussi à la notion de plaisir, importante pendant le déjeuner :

- Des menus plus classiques comme des ragouts ou du pot au feu sont régulièrement demandés par certains usagers.
- Un petit verre de vin, lui aussi, est réclamé souvent pour accompagner le fromage.
- Pour ceux qui mangent avec les doigts, une alimentation adaptée comme des frites faciles à attraper ou du manger main (finger-food<sup>11</sup>) est demandée. Le malade Alzheimer, à un certain stade de la maladie, n'utilise plus correctement ses couverts. Afin de limiter la dénutrition et favoriser l'autonomie, la nourriture finger-food est apparue en EHPAD (depuis une dizaine d'années). Elle répond également au problème de déambulation de certains usagers.
- Une entente avec la cuisine centrale est demandée sur le reconditionnement éventuel d'aliments par l'accueil de jour comme des pommes en compote, des salades de tomates préparées sans peau ou des oranges à éplucher. Cela permet de créer un atelier avec 2 ou 3 personnes : « *Le fait de préparer engendre une certaine envie de manger* ».
- Une rencontre aussi pour organiser des repas à thème au moins sur chaque saison est attendue. Le but est d'organiser une animation pour créer une bonne dynamique et favoriser les jeux de mémoire.
- Il serait bon d'avoir à l'accueil de jour des épices ou autres condiments pour relever les plats lorsque c'est nécessaire.

---

11 finger- food ou manger main : l'usager peut manger les aliments directement avec les doigts, ceux-ci étant préparés en petites bouchées.

### ***Un lien envisagé avec l'ergothérapeute :***

Une Aide-médico psychologique propose le regard d'un ergothérapeute afin de moins « *tourner en rond* » avec les malades. J'ai donc rencontré l'ergothérapeute qui travaille sur l'équipe spécialisée Alzheimer<sup>12</sup>, l'entretien a duré 45 minutes, il est riche en propositions (grille en annexe n°2).

Concernant la maladie, voici les principaux éléments retenus : tout d'abord, il existe les mémoires primaires et secondaires. En fonction de la mémoire atteinte, les comportements sont différents. S'il reste la mémoire procédurale (mémoire secondaire), l'usager peut manger avec les mains et peut, parfois, avoir des gestes répétés rassurants pour lui. Si la mémoire sémantique (mémoire secondaire) est défaillante, l'usager peut être gêné par de la ciboulette qui décorent des tomates par exemple car une difficulté existe pour lui, celle d'identifier cette décoration. Les couverts ne seront pas aussi utilisés à bon escient car ils seront mal identifiés.

Elle énumère des techniques simples pour favoriser la prise du repas : des petites solutions simples existent et peuvent être mises en place rapidement à l'accueil pour renforcer l'odorat et le goût : « *il faut épicer sans forcément rajouter du sel ou du poivre qui sont déconseillés en grande quantité* ». Pour améliorer le repas, on peut créer plus de convivialité : « *une belle table, des fleurs et des couleurs donnent un repas de fêtes accompagnées de belles vaisselles sur des plus petites tables : ça fait plus familial* ».

Elle imagine un pont entre l'équipe spécialisée et l'accueil de jour : lors de la première évaluation au domicile de l'équipe spécialisée Alzheimer, il y a une évaluation des praxies mais il n'y a pas de demande concernant le gestuel par rapport aux couverts. En effet, savoir si la personne souffre d'apraxie (se servir de façon adéquate) n'est pas un objectif tout comme savoir s'il souffre d'agnosie (incapacité à reconnaître). Si une demande était réalisée à l'entrée, des modifications du comportement alimentaire pourraient être ainsi repérées et déboucher sur une mise en place, quand c'est possible, du finger-food par exemple : Cela permettrait de garder le plaisir de manger tout en restant autonome : « *Quand tu manges tout seul, tu as le plaisir de manger tout seul* »

Il serait peut-être intéressant de faire un suivi entre les patients de l'équipe mobile et l'accueil de jour. Pourquoi ne pas imaginer une passerelle entre les deux ? L'usager de l'accueil a souvent bénéficié auparavant de l'ESA. Si un travail sur l'alimentation démarre en amont de l'accueil dans le cadre de l'ESA, l'usager qui arrive sur l'AJA serait accueilli avec toutes ses habitudes alimentaires et un suivi des actions mises en place par l'ESA seraient maintenues dans la mesure du possible.

---

12 Mesure n°6 du plan Alzheimer : une équipe spécialisée pratique, 12 ou 15 séances, sur prescription médicale, des soins d'accompagnement et de réhabilitation au domicile. Un ergothérapeute ou une psychomotricienne intervient, accompagnée d'une ASG. Le but est de stimuler les capacités restantes du malade et de valoriser l'aidant en l'accompagnant.

### **Des menus non adaptés au public :**

La cuisine centrale livre 1000 repas par jour dans des collectivités locales et aussi à domicile via un portage de repas spécifique.

La rencontre avec le cuisinier (grille en annexe n°2) m'a permis de comprendre qu'aucune adaptation pour l'accueil de jour Alzheimer n'était effectuée, les menus sont des menus génériques. Aucune connaissance de la maladie n'existe et les contraintes budgétaires sont importantes. Il n'y a pas de difficultés connues quant à la relation accueil de jour/cuisine centrale. Le cuisinier a déjà entendu parler de la finger food (le manger main) et semble ouvert à ce type de prestations en fonction des coûts : « *il ne faut pas trop de produits élaborés mais des produits à faire nous-même* ». Une rencontre régulière avec les salariés de l'accueil de jour semble difficile compte tenu des contraintes horaires et de l'éloignement géographique de la cuisine (20 minutes).

### 2.3 Comparaison avec des structures extérieures :

Pour terminer mon observation, j'ai appelé une directrice d'un accueil de jour de 15 places et une autre directrice d'un EHPAD afin de connaître leurs pratiques autour du repas. Le but est de savoir si des difficultés existent et comment elles sont traitées. Concernant l'accueil de jour, la directrice me signale que les goûts des personnes sont demandés à l'entrée, des plats de remplacement sont systématiquement proposés. Le matériel est adapté régulièrement si le besoin existe (verres,...). Il y a un partenariat bien posé avec la cuisine centrale qui respecte toutes les demandes. Pour l'EHPAD, il n'y a pas de difficulté autour du repas, les goûts alimentaires sont systématiquement demandés à la visite de pré-admission. La cuisine est sur place et les demandes individuelles sont vraiment respectées. Un ergothérapeute travaille dans l'établissement, permettant ainsi de donner des conseils et d'assister aux repas si nécessaire. Les aides matérielles sont présentes. Dans ces deux structures, la nourriture finger-food n'est pas en place car il n'y a pas de demande actuellement. La question ne s'est jamais posée. De plus, Le vin est proposé pour ceux qui le souhaitent à la visite de pré-admission. Apparemment, il n'y a pas de problématiques rencontrées autour du repas, des procédures existent et elles fonctionnent.

### 2.4 Analyse documentaire des outils de la loi 2002.2 et droits des usagers :

A l'issue de mes entretiens, j'ai lu attentivement les documents suivants concernant l'AJA :

- Le projet de service (écrit en mars 2010) : la prise en charge est bien centrée sur l'utilisateur mais la liberté de choix n'est pas envisagée. Les principes d'action et les

normes visant à atteindre les objectifs fixés avec une volonté collective ne ressortent pas. Inclure un chapitre sur le repas en précisant que les goûts et les habitudes de chacun est nécessaire.

- Le livret d'accueil (écrit en 2011) : il a besoin d'être retravaillé, il n'y a pas en annexe la « charte des droits et libertés de la personne accueillie » (art.311-4 loi 2002-2),
  - o Le règlement de fonctionnement (écrit en mars 2010) : une retouche en équipe est également nécessaire. Il ne reprend pas les lignes directrices du projet de vie et les droits des usagers sont à retravailler.
- Le contrat de séjour (revu en 2012) : il est accord avec la loi.

Actuellement, une évaluation interne est en cours (loi du 2 janvier 2002). Elle permet une amélioration constante de la qualité du service rendu par l'établissement en remettant à plat les pratiques professionnelles. Notre objectif est de faire évoluer les compétences collectives pour être en adéquation avec les attentes et les besoins de nos usagers. L'équipe de l'accueil de jour avec l'IDE coordonnateur ont répondu sur le module « la prestation restauration » à plusieurs questions<sup>13</sup>. Sur l'échelle d'appréciation, il est facile de s'apercevoir que le bilan d'entrée avec les habitudes alimentaires ainsi que les choix sont vraiment à travailler, l'équipe est consciente des manques (goûts non demandés à l'entrée, plat de remplacement inexistant, habitudes non connues, choix religieux non vérifié...).

En repartant de mes 3 hypothèses, je peux déjà constater qu'elles sont vérifiées. Les besoins des usagers (1ere hypothèse) ne sont pas identifiés à l'entrée entraînant une difficulté pour les salariées. De plus, un manque évident de formation adaptée sur la prise en charge du malade « Alzheimer » se fait ressentir et du coup accentue la difficulté. La 2<sup>e</sup> hypothèse, sur les menus non adaptés proposés par la cuisine, se vérifie. Bien souvent, des aliments sont difficiles à manger car les menus proposés sont des menus génériques ne tenant pas compte de la spécificité de la maladie et de la personne âgée : 2 éléments importants à prendre en compte. La dernière hypothèse sur l'environnement matériel non adéquat est vérifiée sur l'adaptation du matériel. Les deux salles de repas ne posent pas de problème, c'est plus un avantage, les usagers peuvent être séparés pour manger lorsque c'est nécessaire. Pour terminer, l'analyse de mon observation directe réalisée après les 4 déjeuners (cf analyse de la note d'observation) confirme ces hypothèses notamment la non-connaissance des goûts et des habitudes alimentaires de chaque usager.

---

13 référentiel ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements

### **Chapitre 3 : Des propositions pour améliorer le repas à l'accueil de jour, une implication du directeur d'EHPAD afin d'impulser une démarche participative auprès de tous les acteurs**

Pour répondre de façon concrète aux difficultés rencontrées et aux souhaits exprimés, ma troisième partie s'articule avec, d'une part, un travail sur le respect des goûts de l'utilisateur, une collaboration avec la cuisine centrale puis une partie sur l'aide aux aidants. Une partie de ce travail pourra être réalisée d'août à décembre 2012. D'autre part, la dernière étape de mon projet s'étalera sur plusieurs mois. Elle prend en compte la nécessité de formation du personnel, la mise en place d'un lien entre l'ergothérapeute et l'accueil de jour et la remise à jour des outils de la loi 2002-2 tout en terminant l'évaluation interne.

#### **3.1 Le repas, une prestation adaptée qui respecte le goût des usagers**

##### **3.1.1 Recueillir les habitudes alimentaires à l'entrée, les modalités**

Fondement important dans la loi 2002-2, la liberté de choix du malade concernant la vie qu'il souhaite mener et comment y parvenir en lui donnant les moyens, est le rôle incontournable du soignant. Cela suppose d'instaurer des méthodes précises de recueil de ses préférences en tenant compte de ses difficultés. Actuellement, aucun recueil concernant les goûts alimentaires n'est effectué, une enquête sociale et médico-sociale est la même pour L'Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) et pour la plateforme de répit et d'accompagnement. Les allergies alimentaires et les régimes particuliers (diabétique, sans sel...) sont respectés, mais, si un usager n'aime pas le poisson, il n'aura rien à la place. « *Les habitudes, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, demeurent et les perturber peut troubler le comportement et la sérénité du patient*<sup>14</sup> ».

Comment recueillir les goûts et habitudes alimentaires de chaque usager ?

Actuellement, le recueil de données pour une entrée en accueil de jour se déroule au domicile, elle est effectuée par l'infirmier coordonnateur du service. Cette étape est primordiale pour la réussite de l'accompagnement personnalisé de l'utilisateur. Notre recueil ayant besoin d'être personnalisé, il devra répondre à plusieurs points : « *les goûts et les habitudes alimentaires des personnes : habitudes horaires, collations, goûts, durée du repas adaptée aux habitudes et aux capacités fonctionnelles, souhait de manger seule ou*

---

14 M.Khosravi, « la communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés » -3e édition –ED.Doin- 10.2011- p.350

*en groupe... ; »*<sup>15</sup>. L'idée est de regrouper dans une « fiche d'habitudes alimentaires et de goûts » l'ensemble des éléments nécessaires à la bonne prise en charge de l'usager en passant par les régimes ou les allergies existantes. Il est important de savoir aussi si la personne mange avec ses doigts, ses couverts ou par mimétisme. Les troubles alimentaires seront aussi demandés comme l'agnosie, l'apraxie ou l'agueusie. Deux réunions début aout 2012 ont donc été organisées spécifiquement avec les 3 AMP, l'infirmier coordonnateur et moi-même pour définir ensemble les points importants à remplir. Un travail d'équipe semble tout à fait approprié : les difficultés sont connues par le personnel et pourra ainsi les évoquer. Lors de mes entretiens avec les 3 AMP, elles soulignaient le fait qu'aucune demande n'était faite à l'entrée sur le goût des usagers ayant pour conséquence parfois des menus non adaptés. Une étude de l'échelle de Blandford et des recherches sur internet pour s'inspirer de 3 recueils de données nous ont permis de rajouter des éléments à notre nouvelle fiche. Celle-ci (annexe n°4) servira à créer le lien entre la cuisine centrale et l'accueil de jour. Elle répondra également à la première hypothèse soulevée qui suppose que les besoins des usagers ne sont pas intégralement identifiés par les professionnels.

### 3.1.2 Le vin, oui mais dans quel cadre réglementaire ?

J'ai été surprise en questionnant les usagers de la demande récurrente d'avoir un « *petit verre* » de vin à table. Aucune demande de choix de repas ou d'aliments, qui ne correspondaient pas à leurs attentes, n'a été soulevée. Le rôle de la directrice est aussi de prendre soin de l'usager en respectant sa demande de bien-être quand c'est possible. Manger et boire permettent d'entretenir les fonctions vitales du corps mais aussi de se faire plaisir en éprouvant des sensations souvent liées à des émotions.

Ici sera traité la notion de plaisir associé au verre de vin et non la dépendance alcoolique. Le souhait de nos usagers est d'avoir un verre de vin ce qui correspond à une consommation modérée loin de l'alcoolisme. L'objectif de la directrice est d'offrir une meilleure qualité de vie possible. Notre accompagnement a pour but de<sup>16</sup> : « *préserver, maintenir et /ou restaurer l'autonomie de la personne, dans les choix et actes de la vie quotidienne comme dans les décisions importantes à prendre.* »

La question d'autoriser ou non le verre de vin rouge se pose au vu des conséquences importantes sur une personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie

---

15 ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-sociale » – 02.09 p.20

16 ANESM, « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-sociale » – 02.09 p.10

apparentée. Les risques, liés à l'association des médicaments associés à la fragilité des personnes âgées, sont évidents. L'interdiction du vin rouge pose un problème éthique, Comment respecter la liberté des usagers en garantissant leur sécurité ? La réflexion éthique permet de prendre une décision qui sera considérée comme le plus juste possible. A l'accueil de jour Alzheimer, il est difficile de créer un comité éthique composé d'un collègue interne et externe. En effet, le nombre de salariés est restreint, il n'y a pas de médecin coordinateur ni d'infirmier présent sur le site en permanence. Malgré cela, il est tout à fait possible de laisser les salariés s'exprimer face à la demande des usagers sur la volonté d'avoir du vin pendant le déjeuner. Cette question a été soulevée lors d'une réunion consacrée exclusivement à cette question en présence de l'infirmier coordinateur et de moi-même. Les salariées, lors des entretiens, avaient bien insisté sur le verre de vin régulièrement demandé pendant le déjeuner par les usagers de l'accueil. Pour accéder à cette demande, Il est important de demander l'avis de la famille (ou le représentant légal) qui pourra se référer au médecin traitant si nécessaire pour évaluer les effets entre le traitement en cours et/ou avec l'évolution de la maladie.

Je souhaite m'inspirer du travail réalisé par rapport aux modes de vie<sup>17</sup> : « *respecter les goûts et habitudes exprimés par les personnes et/ou ses proches en prenant en compte les habitudes de boire des quantités modérées de boissons alcoolisées (vin..) à table* »

Je me suis renseignée auprès de 4 EHPAD à la Rochelle sur la distribution éventuelle d'un verre de vin pendant le repas et les 4 le proposent allant jusqu'à laisser un pichet de vin sur la table. Mon souhait était de savoir si la pratique est courante et apparemment, ça l'est. Les réunions entre les acteurs (AMP), l'infirmier coordonnateur et moi-même ont permis de créer un document autorisant un verre de vin rouge pendant le repas. L'idée est de simplifier l'accès à la notion de plaisir du verre de vin. Cette autorisation sera remplie par le conjoint, la famille ou le tuteur à la visite de préadmission (annexe n° 3). Elle est distribuée ce mois-ci à tous les aidants pour pouvoir répondre rapidement à ce « petit » plaisir si convoité. Un usager qui n'est pas sous tutelle a le droit de choisir mais a-t-il toutes ses capacités pour y répondre ? Nous expliquerons à chaque famille qui n'est pas d'accord pour le verre de vin l'intérêt de laisser choisir l'usager. Il est possible que pour un excès de sécurité, un conjoint refuse d'emblée ce plaisir, à nous d'être convaincant et surtout dans la communication.

### 3.2 Un travail de collaboration avec le cuisinier

Dans un premier temps, il me semble important, en qualité de directrice, d'échanger sur la fabrication des menus et des règles suivies. En effet, à aucun moment dans mes

---

17 ANESM, « qualité de vie en EHPAD (volet 2) » 09. 2011- p.33

entretiens, je n'ai entendu parler des règles de l'équilibre alimentaire et des besoins nutritionnels des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Notre accueil se doit de proposer des repas équilibrés luttant ainsi contre la dénutrition, complication fréquente de la maladie d'Alzheimer. Mon sujet ne traite pas de la dénutrition mais il s'avère important d'offrir un repas équilibré car l'état nutritionnel de ces malades doit être surveillé régulièrement par les aidants. Puis dans un deuxième temps, il me semble important de faire une synthèse entre les différentes propositions données par les personnes rencontrées et la possibilité à la cuisine centrale de répondre aux souhaits. Ma deuxième hypothèse est juste : Les menus proposés par la cuisine centrale ne sont pas adaptés.

### 3.2.1 Assurer la qualité nutritionnelle des repas en tenant compte de la personne âgée et de la maladie d'Alzheimer

Lors de mon entretien avec le cuisinier, sur la question : « Connaissez-vous des menus plus adaptés aux malades Alzheimer ? », celui-ci m'a parlé de menus génériques, par contre d'où viennent ces menus et comment sont-ils établis ? Je ne sais pas, je n'ai pas pensé à orienter les réponses pour savoir comment sont créés les menus. Je vais donc demander un éclairage et proposer si besoin des orientations, à voir ensuite si la cuisine centrale peut suivre.

L'accueil de jour au même titre qu'un EHPAD se doit de répondre aux règles de l'équilibre alimentaire et aux besoins nutritionnels des usagers en accord avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS). Le GEM-RCN se propose d'aider les professionnels à améliorer les qualités nutritionnelles et gustatives des repas. Il me semble important de s'y intéresser : en effet, pour la première fois, des repères précis sont donnés pour la personne âgée, ce qui est intéressant pour nous. Ces données sont applicables à notre service de portage de repas à domicile ou en institution (notre accueil de jour et l'EHPAD de l'Escale). J'ai rencontré de nouveau le cuisinier pour lui demander si ces recommandations sont suivies ou peuvent être suivies. Dans le guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution, « alimentation et Alzheimer, s'adapter au quotidien »<sup>18</sup>, le chapitre 10 est consacré à la qualité des repas en institution. Il explique très bien le GEM-RCN en reprenant les recommandations et en donnant un récapitulatif de l'organisation des repas selon celui-ci avec des exemples. Le chef cuisinier m'a expliqué que les repas proposés étaient équilibrés et que le GEM-RCN serait obligatoire pour sa cuisine en octobre 2013.

### 3.2.2 Adaptation des menus et travail en lien avec l'accueil de jour

---

<sup>18</sup> C.Rio, c.Jeannier et al. , EHESP- 2012

Si la maladie entrave certains gestes habituels, le plaisir de la table est toujours présent, il est important de continuer à l'entretenir au nom du bien-être de l'utilisateur. Actuellement, les usagers que j'ai rencontrés à l'accueil de jour, en plus des 4 personnes interrogées, sont satisfaits des menus. Des difficultés existent toutefois pour ces usagers qui oublient. Leur mémoire est défaillante mais l'émotion est bien présente, le plaisir se ressent, c'est le principal (évidemment pour ceux qui peuvent l'exprimer). Il est important de signaler que malgré certaines difficultés rencontrées, le personnel est resté professionnel et n'a pas fait ressentir ce manque aux usagers. Avec le cuisinier, l'idée est de passer en revue les propositions et de voir si effectivement, il serait possible de changer la façon actuelle de travailler entre la cuisine centrale et l'AJA.

Le personnel propose des changements sur certains points. Voici, les « petites choses à échanger et à changer avec le chef cuisinier de la cuisine centrale » :

- Les 3 AMP ont parlé des rajouts de certains aliments comme l'échalote, le persil ou la ciboulette sur des plats qui pouvaient déranger des usagers. Est-il possible de les enlever pour ces personnes ?
- Concernant les goûts des usagers, ils seront demandés à l'entrée, cela concerne un autre paragraphe. Est-il possible pour la cuisine de proposer différents choix ?
- Autre souhait soulevé par les AMP, des plats plus « anciens » comme le ragoût, le pot au feu, des plats de leur époque seraient appréciés. Rajouter de la sauce dans certains plats faciliterai le repas.
- Enlever les nouveaux aliments (pour eux) ou travailler de façon différente comme le kiwi ou les cordons bleus est à discuter également avec la cuisine centrale. Il existe aussi des produits qui peuvent gêner certaines personnes âgées comme le chou rouge et les radis.
- Avoir plus souvent des produits entiers à l'accueil de jour comme les pommes ou le pamplemousse. Ils sont retravaillés avec certains usagers et ces ateliers de cuisine connaissent un vrai succès. Stimuler le geste et faire ressortir l'automatisme pour certains, cela crée une activité d'animation. L'activité culinaire favorise l'échange puisque c'est un temps de parole et d'écoute. La convivialité est un objectif. Les AMP soulignent un avantage important que génère les ateliers « cuisine » : le fait de participer comme éplucher, couper, ou simplement donner son avis favorisent l'envie de manger de « ce plat ». Une AMP propose donc de faire plus de repas à thème en lien avec la cuisine. Travailler à l'accueil les produits et faire une décoration spéciale pour un déjeuner particulier. C'est une bonne idée à creuser avec les possibilités encore une fois de la cuisine.
- La possibilité d'avoir en permanence à l'accueil des épices, de la moutarde ou autres pour rehausser le goût des plats est également à demander.

- Autre difficulté, les personnes qui mangent avec leurs doigts : de plus en plus souvent, l'accueil de jour est confronté à cette difficulté qui n'en est pas une quand les plats préparés peuvent être dégustés avec les doigts comme les frites qui se font trop rares. On peut parler alors de finger food, le manger main, de plus en plus fréquent dans les EHPAD. A un moment donné, le malade perd parfois la notion d'utilité de la fourchette ou du couteau, il ne reconnaît plus les couverts<sup>19</sup>. L'idée est de pouvoir laisser la personne se nourrir seule, plutôt que par un soignant en lui proposant des bouchées qu'il peut attraper avec ses doigts. Il garde ainsi son autonomie. Actuellement, les usagers qui souhaitent manger avec leurs mains ne sont pas contrariés mais les plats proposés ne sont pas adaptés. Est-il possible dans un futur proche de pouvoir proposer des aliments sous forme de bouchées ? Ce qui permettrait aussi de laisser les usagers qui déambulent manger tout en marchant.

Le rendez-vous avec le cuisinier a permis de répondre à certaines questions, voici le résultat : celui-ci propose d'envoyer par mail 2 menus entiers 15 jours avant. Les AMP sont invitées à choisir l'entrée, le plat et le dessert et à le renvoyer 1 semaine avant. De plus, un plat de remplacement peut-être proposé systématiquement lorsque l'utilisateur n'aime pas. Travailler sur des produits entiers et sur des repas à thème ne pose pas de difficultés, il reste à poser les modalités. Pour la nourriture finger food, le coût des bouchées à l'unité est trop élevé. Il propose de nous fournir des bocaux de légumes semi-cuits ; l'utilisateur peut prendre le légume facilement avec ses doigts. Concernant, l'échalote, le persil ou autre condiment rajoutés sur certains plats, il est difficile pour le moment de préparer différemment. La question est étudiée par le cuisinier pour pouvoir y répondre ultérieurement. Par contre, avoir à l'accueil de la moutarde ou autres condiments pour relever les plats n'est pas un problème : la commande est passée. Le cuisinier a proposé de livrer également des petites plaquettes de beurre pour agrémenter un plat trop sec par exemple. Un autre entretien est à refixer en décembre 2012 pour poursuivre le travail et pour évaluer les nouvelles dispositions mises en place.

### 3.3 Une prise en charge à l'accueil du repas efficace avec des conditions et du matériel adapté

Redéfinir le cadre de l'alimentation dans le projet de vie individualisé (loi 2002-2) en équipe est important. Chaque usager à un projet personnalisé ou les besoins concernant le repas sont retranscrits. Afin de le réaliser correctement, il est primordial de prendre un temps pour « *organiser l'expression de la personne et de ses proches ... y compris quand*

---

19 MARESCOTTI-GINESTE - dvd sur la « maladie d'Alzheimer, les réponses de l'humanité » – 2012

*elle présente des difficultés de communication et/ou des signes de confusion* »<sup>20</sup>. Pour les personnes qui ne peuvent pas s'exprimer, l'équipe suivra cette recommandation : « *En l'absence de communication verbale, l'équipe s'attache à repérer des signes non verbaux de plaisir, de bien-être, d'adhésion ou de refus. Elle adapte le projet personnalisé en conséquence* »<sup>21</sup>. Un projet personnalisé évolue en permanence, les goûts aussi, il faudra rester vigilant à respecter un choix qui change.

Des fiches pratiques données et expliquées seront distribuées et étudiées au cours d'un échange spécifique. Ces fiches techniques sont issues de la promotion de l'amélioration des pratiques professionnelles, MOBIQUAL, année 2009 : l'aide au repas, les troubles de la déglutition, l'alimentation et maladie d'Alzheimer (annexe n°5) et les aides techniques pour le repas. Ces aides vont répondre à des questions soulevées par le personnel et améliorer la prise du repas notamment parfaire l'installation de la personne et l'adaptation de l'environnement au cours de repas. Concernant le matériel, une fiche explique le matériel à mettre en place face à une problématique rencontrée (une assiette à butée pour une personne qui tremble par exemple). Une étude sera réalisée auprès du personnel pour déterminer les besoins et étudier le surcoût financier. Une réunion sera organisée à l'accueil entre l'ergothérapeute et les salariés pour finaliser cette étude autour des besoins de matériel.

Le projet de service et les documents remis à la famille doivent refléter l'engagement de notre accueil de jour et permettre aux salariés d'avoir les grandes lignes à suivre afin d'apporter une aide précieuse quant à la prise en charge des usagers (loi 2002-02).

#### **Le projet de service :**

Il va garantir les droits des usagers, il doit préciser les modalités de fonctionnement et surtout les objectifs attendus dans la prise en charge de l'utilisateur. Les conditions pour l'accueil, le maintien de l'autonomie et le respect des habitudes seront énoncés. Une démarche participative de toute l'équipe est primordiale. Ce projet de service précisera également le but du projet de vie individualisé travaillé en équipe pour chaque usager.

#### **Le livret d'accueil :**

Il est remis à l'aidant principal lors de l'entrée. Le fonctionnement général de la structure est détaillé en passant par les équipements en place, les modalités de transport, le déroulement de la journée ou les activités proposées. Dans les modalités d'admission, il devra être mentionné que les habitudes et les goûts alimentaires sont demandés à l'entrée reconnaissant ainsi le choix pour l'utilisateur.

---

20 ANESM, « qualité de vie en EHPAD (volet 1) » 09. 2011- p.58

21 ANESM, « l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » 02.09- p 31

### **Le règlement de fonctionnement : (décret du 14.11.2003)**

Il va définir les droits des usagers accueillis ainsi que les obligations au respect des règles de vie en collectivité à suivre. Les objectifs de l'accueil de jour sont repris en précisant les mesures relatives à la sécurité des personnes.

#### 3.4 L'ergothérapeute en accueil de jour, un rôle incontournable

L'objectif est de créer un lien entre les 2 services (AJA et ESA). Une réunion entre les acteurs concernés est prévue en janvier 2013. Il est important d'étudier tous ces paramètres :

- Avoir le même recueil d'habitudes alimentaires, intégré dans le dossier d'entrée, permettrait de continuer à travailler un objectif fixé sur l'alimentation quand l'utilisateur arrive sur l'AJA.
- Faire une visite à l'accueil avec l'utilisateur pendant les séances de l'équipe mobile, est-ce réalisable ? dans quel cadre ?
- La création d'une fiche de liaison spécifique « alimentation » avec un usager commun à la sortie de l'ESA pour continuer l'aide au repas et favoriser le maintien de l'autonomie est à discuter entre les deux équipes.

#### 3.5 Des formations demandées par les soignants

Si je reprends le cahier des charges pour les accueils de jour Alzheimer (annexe 5 de la circulaire du 30.03.2005), il est spécifié que « *les professionnels pourront également fournir des conseils aux familles sur des aides techniques utiles au domicile* ». Actuellement, le personnel n'est pas formé pour ce genre d'aide. De même, « *savoir communiquer avec les personnes désorientées, y compris au travers de techniques de communications non verbales* » s'avère très difficile. Les rôles et missions des professionnels notifiés sur le cahier des charges sont à respecter, il est donc légitime que chaque salarié soit formé à la maladie afin de prendre en charge le mieux possible les malades tout en accompagnant les aidants. En qualité de directrice, il me semble nécessaire de proposer la formation des 3 AMP sur le plan de formation 2012/2013. Je respecte également les recommandations de l'ANESM : « *Il est recommandé que les professionnels soient qualifiés, spécifiquement formés, soutenus et en nombre suffisant pour accompagner les personnes accueillies et permettre une relation de qualité...* »<sup>22</sup>

Les salariés expriment une réelle volonté d'être formées, il semble important de leur expliquer aussi le rôle qu'elles peuvent jouer auprès des aidants, rôle méconnu

---

22 ANESM « l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » – 02.09-

actuellement. La formation d'assistante de soins en gérontologie (ASG) mesure n° 20 du plan Alzheimer 2008-2012 semble correspondre aux besoins des salariées puisqu'elle aborde ces thèmes (extrait du référentiel de compétence) :

- Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne
- Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie
- Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues
- Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé
- Réaliser des soins quotidiens en utilisant des techniques appropriées
- Accompagner les aidants et la famille

Le coût de la formation s'élève à 1350 euros et sera intégré dans le plan de formation 2012 pour l'AMP qui démarre sa formation de 4 semaines en septembre 2012 (elle était déjà inscrite). Les 2 autres AMP seront inscrites sur le prochain plan de formation 2013.

### 3.6 Des aidants en difficulté mais sans attente particulière

Les aidants rencontrés au domicile n'ont pas exprimés beaucoup de demandes particulières ni de remarques sur les repas, des astuces sont attendues mais une grande lassitude les anime. Le repas est devenu alimentaire dans sa plus simple expression. Mon travail étant centré sur les repas, je ne pensais pas écrire un chapitre sur les difficultés des aidants. Mais, le soutien aux aidants occupe une place importante dans le plan Alzheimer 2008-2012, il est donc primordial d'y travailler. Les 3 aidants rencontrés fonctionnent sur le même modèle : l'accueil de jour leur procure un moment de répit leur permettant de faire face aux obligations nécessaires (bon déroulement de la vie quotidienne : faire les courses, le ménage...). J'ai ressenti une difficulté entre les repas à préparer, parfois à donner, la surveillance du conjoint et les réponses à donner lorsque le malade Alzheimer ressasse les mêmes questions. Parfois, l'aidant doit ranger les affaires déplacées continuellement par le malade qui a perdu sa mémoire procédural. « *La charge de travail liée à leur rôle d'aidant est estimée à plus de 6 heures par jour pour 70% des conjoints*<sup>23</sup>... ». Il semble plus qu'urgent de trouver une soupape si l'aidant veut rester un véritable « aidant efficace ». Il ne faut pas oublier que l'âge des aidants est souvent élevée (supérieure à 80 ans).

Des associations comme France Alzheimer permettent bien souvent de souffler avec les groupes des paroles ainsi que la formation des aidants financée par la CNSA. De façon

---

23 HAS, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels » - 02.2010 – p12

systématique, pour toute entrée sur l'accueil de jour, une plaquette de France Alzheimer est distribuée mentionnant les permanences d'accueil. La politique actuelle favorise des projets offrant une souplesse d'actions plus adaptées aux besoins comme « la plateforme d'accompagnement et de répit », mesure 1b du plan Alzheimer 2008-2012. Ce dispositif doit être porté par un accueil de jour d'au moins 10 places. Nous proposons ce nouveau service depuis août 2012 et par conséquent, nous pouvons proposer un peu de répit à ces familles (atelier d'art thérapie, un service de baluchonnage<sup>24</sup>, un soutien par une psychologue au domicile, une information en temps réel des places d'hébergement disponible sur le secteur et 5 permanences d'informations réparties sur 28 communes). Depuis peu, la Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer (MAIA - mesure n°4) se développe et arrive fin 2012 sur le secteur de la rochelle, nous sommes en partenariat avec elle. Ce dispositif permettra d'avoir un guichet unique pour les aidants/aidés afin de construire un parcours de prise en charge personnalisé grâce à un partenariat très développé (acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux). Dans le parcours personnalisé Alzheimer 2012, la MAIA accueille puis oriente toute personne âgée vers la prestation adaptée entraînant une réelle simplification du parcours pour le couple aidé/aidant et un gain de temps énorme. Nous devons être vigilants à orienter rapidement les aidants en souffrance. Tous nos services travaillant au service du couple aidant/aidé doit repérer les aidants fatigués afin de les orienter vers les services de répit.

### 3.7 Planification des actions à mettre en œuvre puis évaluation

Une synthèse de toutes les actions est proposée en annexe n°6 avec une proposition de date pour la mise en œuvre et une méthode pour évaluer.

Un travail sur plusieurs mois a démarré, l'équipe est motivée car des changements positifs arrivent. La qualité de vie du malade Alzheimer est au cœur de notre travail. Personnaliser l'accueil de chaque individu en respectant ses troubles cognitifs est devenu indispensable pour nous.

---

<sup>24</sup> Halte de répit au domicile, par séquence de 3h, assuré par une aide-soignante pour offrir du temps libéré ou accompagné à l'aidant.

## Conclusion

« Alors l'esprit ne regarde ni en avant ni en arrière. Le présent seul est notre bonheur. »

GOETHE, Faust, acte 2

Je suis retournée la semaine dernière déjeuner à l'AJA, je crois que l'habitude est prise. Déjeuner, avec les usagers et le personnel, me permet de suivre les premiers outils mis en place mais surtout de rester en contact avec ces usagers bien spécifiques qui méritent vraiment toute notre attention. En discutant avec un monsieur pendant le repas, celui-ci, ravi du petit de verre de vin me dit : « *c'est bien ce petit verre de vin mais la « piquette », j'en veux pas, je préfère encore boire de l'eau !* ». Je suis restée perplexe sur le moment et je me suis renseignée sur le vin qu'on servait. Effectivement, une bouteille en plastique avec une contenance de 5 litres me laissait penser que ce n'était peut-être pas très bon en bouche. J'ai appelé le chef cuisinier qui s'occupe de l'AJA en lui demandant de nous commander si possible du vin de qualité en bouteille. Puisqu'au départ, je souhaitais répondre à la notion de plaisir, il me semble important d'y répondre entièrement. Evidemment, dans quelques jours, je retournerai déjeuner à côté de ce monsieur et lui demanderai comment est le vin !

Il est nécessaire pour l'AJA d'offrir un repas équilibré à chaque malade Alzheimer venant passer une journée permettant ainsi de stabiliser ou de ralentir les pertes cognitives quand c'est possible tout en gardant un meilleur état de santé. Les troubles du comportement alimentaire surviennent très tôt dans la maladie puis évoluent au rythme de celle-ci. De la non reconnaissance d'aliment à l'incapacité totale de manger seul, rendant l'utilisateur complètement dépendant à l'aidant, il y a parfois peu de temps.

La prise en charge du couple aidant/aidé devient alors indispensable pourvu qu'ils se manifestent ou nous tendent la main. A nous, professionnels, d'être vigilant et de ne pas hésiter de temps à temps à se poser la question pour l'aidant et pour l'aidé : « est-il en souffrance, as-t-il besoin d'aide ? ». Par expérience, il m'est arrivé régulièrement d'intervenir sur des situations d'urgences retrouvant un aidant en dépassement total. Aujourd'hui, nous avons la chance d'avoir une palette d'outils à notre disposition, à nous de nous en servir à bon escient.

Tout ce travail sur les difficultés des usagers rencontrées pendant le repas à l'AJA m'a permis de comprendre l'importance de travailler avec les acteurs extérieurs et que la communication restait la base de tout. Une réflexion éthique s'est imposée à mon regard de directrice : respecter l'utilisateur en acceptant ses besoins et ses désirs tout en étant

dans un cadre réglementaire. Un travail sur plusieurs mois a démarré et mon objectif est de le suivre pas à pas en impulsant une énergie positive. Mon souhait est que l'utilisateur passe une journée agréable ; la surveillance du personnel est primordiale pour y arriver et cette recommandation de l'ANESM me semble importante à suivre : « *rappeler régulièrement à l'ensemble du personnel que l'objectif premier de tout travail en établissement social ou médico-social est le bien être de l'utilisateur, son épanouissement et son autonomie. Ce rappel permet de maintenir une vigilance collective envers les usagers, au-delà d'une posture professionnelle technique et d'une tâche spécifique* ». <sup>25</sup>

---

25 ANESM : « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance »

12.2008-p.26

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs :

- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie
- Loi 2002-2 du 02 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret du 17 mars 2004 sur la définition et l'organisation de l'accueil temporaire des personnes âgées
- Circulaire du 30 mars 2005 relative à l'application du plan Alzheimer 2004-2007
- Le plan Alzheimer 2008-2012
- Le code de l'Action Sociale et des Familles (article L313-1)

## Recommandations :

- « Les Bonnes Pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » - Octobre 2007
- Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (version révisée 2007)
- HAS « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels » février 2010
- Recommandations ANESM :
  - o « La bientraitance définition et repères pour la mise en œuvre » - Juillet 2008
  - o « L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social » - Février 2009
  - o « qualité de vie en EHPAD (volet 1) » - février 2011
  - o « qualité de vie en EHPAD (volet 2) » - septembre 2011
  - o « mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance » - décembre 2008

- « synthèse sur la bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre » - janvier 2012

### **Ouvrages :**

- C.RIO, C. JEANNIER et al. , 2011 : « alimentation et Alzheimer, s'adapter au quotidien, guide pratique à l'usage des aidants à domicile et en institution ». Rennes : EHESP, 159 p.
- C.HOMMET, K.MONDON et al., 2011 : « la maladie d'Alzheimer, 100 questions/réponses » édition Ellipses- 173 p.
- E. JAVELAUD – 2009 « Alzheimer entre nous, la maladie du rideau » édition y. Michel – 90 p
- Collection Doc gérontologie, 2009 : « autour des repas des personnes âgées » édition Doc éditions- 153 p
- M.KHOSRAVI – 2011 « la communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés – 3<sup>e</sup> édition » édition Doin - 484 p
- MOBIQUAL, 2009, « nutrition, dénutrition, alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé » société française de gériatrie et de gérontologie et CNSA – 31p

### **Articles :**

- Dr MIAS L., 2009 : « suggestions pour aider à vivre au quotidien, la maladie d'Alzheimer » 25 p.
- revue, actualité et dossier en santé publique (ADSP) n°65 12-2008.

### **Sites internet :**

- [www.aidants.fr](http://www.aidants.fr)
- <http://www.alzheimer-fr.org/presse> (fondation Médéric Alzheimer)
- [www.francealzheimer.org](http://www.francealzheimer.org)

### **Filmographie :**

- R. Marescotti et Y. Gineste, 2012. « Maladie d'Alzheimer, comprendre pour aider au quotidien, les réponses de l'Humanité ».

### **Dossiers documentaires :**

- K. LEFEUVRE, J.M. LHUILIER, 2012 : « les outils de la loi du 2 janvier 2002 : de la pratique au respect de la loi. Rennes : EHESP, 96 p
- I. DONNIO, 2012 : « la prise en compte des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés- tome 1 » Rennes : EHESP, environ 500 p

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Tarifs de l'accueil de jour Alzheimer de l'Escale

Annexe 2 : Les grilles d'entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Autorisation pour le verre de vin

Annexe 4 : Recueil d'habitudes alimentaires et de goûts de l'utilisateur

Annexe 5 : Fiche technique pour le repas

- Alimentation et maladie d'Alzheimer

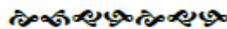
Annexe 6 : Planification des actions à mettre en œuvre à court et moyen terme puis évaluation



## ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER



TARIFS AU 1ER MARS 2012



### Tarif Hébergement

- Une journée = 27.26 €
- Une demi journée = 13.63 €

### Tarifs Dépendance (en fonction du degré de dépendance)

- GIR 1 - 2 = 22.86€
- GIR 3 - 4 = 14.51€
- GIR 5 - 6 = 6.15€

SOIT UN PRIX PAR JOURNEE D'ACCUEIL (la journée, le repas et le transport aller et retour).

• GIR 1 - 2	:	27.26 €	+ 22.86 €	soit, 50.12 €
• GIR 3 - 4	:	27.26 €	+ 14.51 €	soit, 41.77 €
• GIR 5 - 6	:	27.26 €	+ 6.15 €	soit, 33.41 €

SOIT UN PRIX PAR DEMI-JOURNEE D'ACCUEIL (la journée, et le transport retour).

• GIR 1 - 2	:	13.63 €	+ 22.86 €	soit, 36.49 €
• GIR 3 - 4	:	13.63 €	+ 14.51 €	soit, 28.14 €
• GIR 5 - 6	:	13.63 €	+ 6.15 €	soit, 19.78 €

Le cout du transport sera déduit, pour chaque transport non effectué par l'Association, à hauteur de 1.50 € par trajet.

### FORFAIT :

Si vous devez annuler une journée, vous êtes priés de prévenir à l'avance :

- Les absences non signalées avant 48 heures seront facturées au prix forfaitaire de 10 euros.
- Les absences non signalées avant 12 heures la veille du jour de l'accueil seront facturées au prix forfaitaire de 15 euros.

Le Directeur Général :  
M. Serge THOMAS

---

Tarif au 1<sup>er</sup> mars 2012

**Les grilles d'entretiens semi-directifs :**

1. **Aide-médico psychologique** : (3 personnes)
  - Comment vivez-vous le repas de midi à l'accueil de jour ?
  - Eprenez-vous des difficultés particulières concernant le repas ?
  - Connaissez-vous les troubles engendrés par la maladie d'Alzheimer retentissant directement sur la prise du repas ?
  - Si non, souhaitez-vous une formation ?
  - Trouvez-vous les menus adaptés pour les usagers ?
  - Utilisez-vous des aides particulières pour faciliter le repas des malades ?
  - D'après vous l'environnement comme la salle à manger, le dressage de la table ou la place de l'utilisateur influencera-t-elle directement la prise de repas ?
  - Avez-vous des suggestions à faire ?
2. **L'utilisateur atteint de la maladie d'ALZHEIMER** : (4 usagers)
  - Aimez-vous le repas à l'accueil de jour ?
  - Les soignants vous aident-ils suffisamment pour manger ?
  - Sont-ils patients, souriants et à l'écoute ?
  - Avez-vous suffisamment de temps pour manger ?
  - Mangez-vous des choses que vous aimez ?
  - Participez-vous au choix du menu ?
  - Si non, souhaiteriez-vous y participer ?
  - Si oui, est-il respecté ?
  - L'environnement matériel vous correspond-il ? La salle à manger, le dressage de la table, les couverts adaptés ... ?
  - Votre place à table vous permet-il de manger sereinement ?
3. **Aidant principal (conjoint)** : (3 conjoints)
  - Comment trouvez-vous la prestation repas de l'accueil de jour ? concernant le choix (menu donné toute les semaines à la famille), la variation ...
  - Avez-vous des retours de votre conjoint quand il rentre à la maison de son repas ?
  - Si oui, semble-t-il satisfait de la prestation ?
  - Avez-vous été consulté à l'admission sur ses goûts alimentaires ?
  - Si oui, sont-ils respectés ?
  - Si non, souhaiteriez-vous les communiquer ?
  - Connaissez-vous les troubles engendrés par la maladie d'Alzheimer retentissant sur la prise du repas ?
  - Avez-vous des difficultés chez vous pour le repas de votre conjoint ? Avez-vous des aides particulières (ustensiles ...). souhaiteriez-vous avoir des conseils pour la prise du repas ?
  - Votre conjoint a-t-il perdu du poids ? Révélateur d'un problème d'alimentation.
  - Avez-vous des suggestions ?
4. **Ergothérapeute** : (1 personne)
  - Connaissez-vous les problématiques engendrés par la maladie d'Alzheimer impactant sur la prise du repas ?
  - Existente-t-ils des techniques simples à donner aux soignants pour favoriser la prise de repas ?
  - Existente-t-ils des menus plus adaptés aux malades Alzheimer ?
  - Comment améliorer la prise du repas ? Concernant :  
La salle à manger, La table, l'environnement, Les ustensiles ...
  - Avez-vous des suggestions à faire ?
5. **Cuisinier** : (1 personne)
  - Connaissez-vous la maladie d'Alzheimer ? ses conséquences sur la prise du repas pour un malade ?
  - pensez-vous que l'environnement peut intervenir directement sur la prise du repas ? comme la salle à manger, le dressage de la table, la musique ...
  - Connaissez-vous des menus plus adaptés aux malades Alzheimer ?
  - seriez-vous prêt à revoir certains menus ?
  - Connaissez-vous la « finger food » ?
  - Avez-vous des suggestions à faire ?



**Autorisation pour un verre de vin à l'Accueil de jour  
Alzheimer de l'Escale pendant le déjeuner**

Nous constatons que beaucoup d'usagers de notre accueil de jour souhaitent agrémente leur repas d'un verre de vin.

Conformément aux recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM\*, et souhaitant favoriser la notion de Plaisir à l'Accueil de jour, nous pouvons accéder à cette demande.

Cependant nous sommes conscients que cette disposition est parfois contre-indiquée pour certains usagers. Il est donc, peut être, nécessaire de demander l'avis de votre médecin pour savoir si l'alcool est compatible avec son traitement et/ou avec l'évolution de sa maladie.

Si vous autorisez cette pratique pour votre parent, nous vous remercions de bien vouloir remplir l'autorisation ci-dessous.

Nathalie BLIN

Je soussigné(e), .....

*(nom, prénom)*

*(lien de parenté/tuteur)*

autorise le personnel de l'accueil de jour Alzheimer de l'Escale à servir un verre de vin au cours du repas de midi à .....

*(nom, prénom du patient)*

*(date de naissance)*

Je suis informé (e) que cette disposition peut être annulée à tout moment et qu'il me sera alors demandé de le faire par écrit.

Fait à ..... Le .....

Signature

\*ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (volet 2/ Qualité de vie en EHPAD -09.2011)



<b>Recueil d'habitudes alimentaires et de goûts de l'utilisateur</b>
--

NOM :

Prénom :

date d'entrée :

L'utilisateur suit-il un régime alimentaire ?

 oui  non

Si oui, lequel ?

 sans sel  sans sucre  sans graisse  sans alcool autre : \_\_\_\_\_

L'utilisateur a-t-il des allergies ou intolérances alimentaires ?

 oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Quel type d'appétit à l'utilisateur ?

 bon  moyen  mauvais

L'utilisateur a-t-il des préférences gustatives ?

Sucré  oui  nonÉpicé  oui  nonSalé  oui  nonAcide  oui  non

Aliments préférés : \_\_\_\_\_

Aliments non appréciés : \_\_\_\_\_

L'utilisateur a-t-il des préférences de texture des repas ?

 normal  coupé finement  haché  mixé  liquide

L'utilisateur a-t-il besoin d'une aide gestuelle pour s'alimenter ?

 partielle  totale  nonPour tout sorte d'aliments ?  oui  non

Si non, lesquels ? \_\_\_\_\_

Par mimétisme ?  oui  nonPar encouragement ?  oui  non

Quelles sont les astuces mises en place pour faciliter la prise des repas ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Accueil de jour ESCALE /Equipe mobile Alzheimer/Août 2012

Se sert-il seul ?  oui  non

Coupe-t-il ses aliments ?  oui  non

Déambule-t-il ?  oui  non

L'utilisateur mange-t-il :

Avec des couverts ?  oui  non

Avec ses doigts ?  oui  non

Proprement ?  oui  non

L'utilisateur porte-t-il une prothèse dentaire ?

non  oui  bas  haut

Comment l'utilisateur se comporte-t-il lors des repas ?

Quelle est la durée moyenne des repas ? Matin : \_\_\_\_\_ Midi : \_\_\_\_\_ Soir : \_\_\_\_\_

Y a-t-il un matériel spécifique à prévoir lors des repas ?

oui  non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

L'utilisateur présente-t-il des troubles alimentaires ?

oui  non

Si oui, lesquels ?

boulimie (manger sans retenue à en vomir)  aguesie (trouble du goût)

potomanie (boire de l'eau sans cesse)  apraxie (incapacité à faire un ou certains gestes)

agnosie (trouble de la reconnaissance)  fausse route

Est-il perturbé par la présence de décoration sur les aliments ?  oui  non

Est-il perturbé par le mélange d'aliments dans l'assiette ?  oui  non

Est-il perturbé par les aliments nouveaux pour lui ?  oui  non

Informations complémentaires (ex : choix religieux)

---

---

---

*Accueil de jour ESCALE /Equipe mobile Alzheimer/Août 2012*

## ALIMENTATION ET MALADIE D'ALZHEIMER

RAPPEL

- **La perte de poids toucherait 30% à 40% des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.**
  - Elle peut être le premier signe d'une maladie d'Alzheimer et s'observe à tous les stades de la maladie.
  - Chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer, une perte de poids supérieure à 4% du poids initial est un facteur de risque de mortalité tandis qu'un gain de poids est un facteur protecteur.
- **La dénutrition est une des complications les plus fréquentes.**
  - Elle accélère le déclin cognitif, aggrave la perte d'autonomie, augmente le risque d'hospitalisation.
- **Le poids doit être systématiquement contrôlé une fois par mois et noté sur la courbe de poids.**

### Que faire en cas de perte de poids ou de dénutrition ?

#### ■ Recherchez systématiquement une cause associée

- Recherchez des problèmes bucco-dentaires, digestifs, une douleur, une dépression, etc.
- Réévaluez les traitements médicamenteux.
- Évaluez la qualité de l'environnement au moment des repas : attention insuffisante des soignants, manque de sollicitation, stress trop important (ambiance sonore, temps du repas trop court, etc.).

#### Attention ! redoublez de vigilance

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer n'exprime pas toujours verbalement sa plainte, notamment du fait de troubles de la communication verbale.

#### ■ Identifiez d'éventuels troubles du comportement alimentaire qui peuvent s'observer en cas de maladie d'Alzheimer (voir l'échelle de Blandford)

#### ■ Mettez en place une prise en charge nutritionnelle et évaluez son efficacité

- Favorisez l'alimentation orale (voir fiche pratique "Quand les apports spontanés ne suffisent pas...").
- Adaptez l'environnement, les aides humaines et/ou techniques aux éventuels troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou de la déglutition (voir fiches pratiques : "Les aides techniques pour le repas" et "L'aide au repas : des gestes simples mais essentiels").
- Utilisez les outils d'évaluation : courbe de poids, grille de surveillance alimentaire, MNA®, goûts et réticences alimentaires.

### Comment adapter l'environnement au moment du repas ?

- **Assurez-vous que la personne est confortablement installée, qu'elle n'est pas préoccupée par autre chose** (par exemple, un simple besoin d'uriner ou une douleur).
- **Évitez les sources de distraction** (télévision, radio, musique, nappes à motifs, tables surchargées, etc.).
- **Favorisez une ambiance rassurante et conviviale** (horaires réguliers, préférez un voisin de table avec lequel la personne a de bonnes relations, laissez un temps suffisant à la personne pour prendre son repas, décor agréable, etc.).
- **Adaptez les couverts si nécessaire** (voir fiche pratique : "Les aides techniques pour le repas").
- **Proposez des collations entre les repas, le matin, l'après-midi, le soir avant le coucher** (en respectant un délai de 3 heures entre repas et collations).

ALIMENTATION ET MALADIE D'ALZHEIMER

FICHE PRATIQUE

## Comment votre comportement peut-il favoriser la prise alimentaire au moment du repas ?

### ■ Sollicitez la personne doucement, avec patience, à absorber les aliments.

- Privilégiez les repas et les plats les mieux appréciés. Manger doit rester un plaisir !
- Attention ! Ne tombez dans la facilité pour gagner du temps, en ne donnant que "la petite compote qui passe bien..." mais pas nourrissante.

Vous aidez la personne à prendre son repas ?

#### VOTRE RÔLE EST PRIMORDIAL.

La qualité de la relation que vous établirez avec la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a des répercussions significatives sur la quantité d'aliments consommés.

### ■ Retenez son attention, regardez la personne dans les yeux.

- Placez-vous en face d'elle et abordez-la doucement. La regarder rassure la personne, l'aide à comprendre ce que vous avez à lui dire, ce que vous attendez d'elle.
- N'aidez pas plusieurs personnes à la fois et ne conversez pas avec d'autres dans le même temps.
- Soyez attentif aux réactions, aux expressions du visage afin de savoir si elle comprend ou non. Votre calme rassurera la personne.
- Si ses réponses sont inadaptées, réagissez en fonction de son humeur.

### ■ Parlez doucement et utilisez des mots simples et des phrases courtes.

- Parlez avant d'établir un contact corporel et ne touchez pas le visage d'emblée.
- Ne donnez pas plusieurs informations à la fois. Si la personne ne comprend pas, n'hésitez pas à répéter plus lentement en utilisant les mêmes mots.
- Évitez les questions ouvertes et préférez celles auxquelles il est possible de répondre par oui ou par non.
- Annoncez et montrez ce que vous faites (par exemple, montrez les couverts).
- Procédez par étapes.

#### Le savez-vous ?

LAISSER À LA PERSONNE LE TEMPS DE MANGER AUGMENTE LES APPORTS DE 25%.

## Quelle attitude pouvez-vous adopter si...?

### ■ Si la personne refuse toute alimentation et s'énerve

- Dialoguez, recherchez si des circonstances, facteurs particuliers entrent en jeu. Réessayez plus tard. "Rusez" en détournant son attention sur autre chose tout en essayant de l'aider à poursuivre son repas.

### ■ Si la personne mange lentement

- Laissez la personne manger à son rythme et rassurez-la.
- Veillez à ce que le plat reste chaud (cloche sur l'assiette, four à micro-ondes, assiette chauffante, etc.).

### ■ Si la personne fixe la nourriture et ne mange pas

- Expliquez-lui le contenu de l'assiette, le rite du repas ; assurez-vous d'une présentation appétissante.
- Encouragez-la verbalement, aidez-la.

### ■ Si la personne mélange tout

- Apportez les plats les uns après les autres ou laissez-la faire si elle mange...

### ■ Si la personne mange avec les doigts, laissez-la faire

### ■ Si la personne refuse de s'asseoir à table et continue de déambuler

- Prévoyez des aliments faciles à manger en marchant.

#### Exemples d'aliments qui peuvent être consommés debout

- Pizza et quiches, tartes aux légumes
- Croquettas de viande, de poisson
- Gnocchis
- Sandwichs composés, croque-mondeur
- Poulet froid
- Saucisson
- Surimi
- Légumes crus en bâtonnets
- Fromages
- Glaces
- Entremets
- Gâteaux, biscuits
- Yaourts à boire
- Compotes à boire
- Crêpes sucrées
- Fruits secs

nutrition) dénutrition  
ALIMENTATION DE LA PERSONNE ÂGÉE

Planification des actions à mettre en œuvre à court et à moyen terme puis évaluation

<b>Actions</b>	<b>Début du travail</b>	<b>Date de fin de travail et mise en œuvre</b>	<b>Date de l'évaluation / dispositif pour évaluer</b>
<b>Projet de service</b>	novembre 2012	mars 2013	juin 2013 / enquête auprès du personnel
Règlement de fonctionnement	Décembre 2012	mars 2013	Juillet 2013 / enquête auprès des aidants
Livret d'accueil	Février 2013	Avril 2013	Septembre 2013 / enquête auprès des aidants
Travail avec la cuisine sur les menus	Septembre 2012	Décembre 2012	Février 2013/ observation directe et enquête auprès du personnel et usagers
Le vin à l'accueil	Août 2012	Aout 2012	Décembre 2012 / enquête de satisfaction auprès des usagers
Recueil des habitudes alimentaires et des goûts	Aout 2012	Aout 2012	Décembre 2012/observation directe et enquête auprès du personnel et usagers
Formation ASG	Septembre 2012	Décembre 2013	Fin 2013 / entretien oral auprès des salariés
L'aide aux aidants	Janvier 2012	En lien avec la MAIA – Mars 2013	Juillet 2013/enquête auprès des aidants
Evaluation interne	Mars 2012	Octobre 2012	Janvier 2014/ évaluation externe
Travail avec l'ergothérapeute	Janvier 2013	Mars 2013	Juin 2013/ Réunion du personnel

---

# NOTE D'OBSERVATION

---

**Diplôme d'Établissement**  
**« Directeur d'EHPAD et Droits des**  
**usagers : enjeux, outils, méthodes »**

Promotion : **2011-2012**

---

**Mieux accompagner les usagers,**  
**présentant une maladie d'Alzheimer**  
**ou apparentée, pendant le repas à**  
**l'accueil de jour Alzheimer**

Nathalie BLIN

---

**NOTE D'OBSERVATION**  
**Des 4 déjeuners**  
**d'observation effectués en**  
**avril et mai 2012**

---

**Responsable de l'atelier mémoire : Karine CHAUVIN**

## **Introduction :**

Afin d'essayer de comprendre le ressenti de l'utilisateur à l'accueil de jour pendant le déjeuner, je me suis glissée dans la peau de celui-ci en condition réelle 4 fois (11h30/13h30) sur 4 jours. J'ai expliqué à chaque fois aux 3 salariées présentes l'intérêt de cette démarche : découvrir par moi-même les difficultés d'un usager avec le regard de celui-ci pendant le déjeuner. Volontairement, je mettrai ma posture d'encadrante de côté, je n'aiderai pas pendant le service et serai très discrète. Une grille d'observation (annexe n°1) a été préparée pour éclairer mes 3 hypothèses posées :

- Les besoins des usagers ne sont pas intégralement identifiés par les professionnels
- Les menus proposés par la cuisine centrale ne sont pas adaptés
- L'environnement matériel n'est pas adéquat à leurs besoins

Mon questionnement de départ est pourquoi certains usagers rencontrent des difficultés pendant le déjeuner.

## **Observation :**

L'accueil se trouve dans une maison de ville à la Rochelle qui a été transformée pour accueillir du public ayant la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

Les repas sont servis dans deux salles différentes, tout d'abord dans une salle à manger sur trois petites tables (4 maximum par table) facilitant le regroupement des personnes par affinité. Puis, dans une autre pièce, la salle de séjour qui accueille les usagers préférant parfois être à l'écart du groupe (salle accueillant maximum 3 usagers). Le personnel n'a pas de blouse ou de tablier, la tenue est propre et adaptée, les règles d'hygiène sont respectées.

Le repas est encadré par 2 AMP et une aide à domicile. Les salariées mangent en même temps que les usagers favorisant ainsi la prise du repas par mimétisme. La présence d'un membre du personnel à une table permet d'apporter une aide en cas de besoin pour servir à boire, faire manger, stimuler la personne et bien sûr contrôler le bon déroulement du repas.

J'ai déjeuné 2 fois dans chaque salle pour rencontrer plusieurs usagers avec une salariée différente. L'utilisateur qui le souhaite peut mettre la table, il peut circuler librement entre chaque salle. Les tables n'ont ni nappe ni de set de table. Les assiettes et les verres sont stables mais les couverts pour certains usagers ne sont pas adaptés. Des films plastiques antidérapants manquent sous la vaisselle. Le repas est servi dans une ambiance calme, une seule fois j'ai entendu la musique en fond sonore. Les repas sont

servis à l'assiette, le salarié prépare l'assiette bien présentée dans la cuisine qui se situe entre les 2 salles à manger. Le pain est distribué, il n'y a pas de corbeille sur la table. La bouteille d'eau est placée au centre de la table : les plus valides servent les voisins. Le temps du repas est d'une heure environ : le rythme de chaque usager est respecté. Certains ont besoin d'aide pendant tout le repas, une salariée reste le temps nécessaire pour le faire manger avec un accompagnement tout en douceur et ce, dans chaque salle. La présentation des plats est parfois peu appétissante, des décorations comme des gâteaux sont parfois rajoutés pour décorer ou créer l'envie de manger. Du sel, du poivre ou de la moutarde sera proposé à l'usager si une demande est formulée.

Les usagers qui ont terminé avant peuvent se lever et déambuler sans difficulté. Le moment du repas à l'accueil de jour est un moment calme avec peu d'échange.

J'ai déjeuné la première fois avec 3 résidents qui semblaient ravis d'avoir un nouveau visage à table. Je me suis présentée en leur précisant que je faisais un travail sur le mobilier de l'accueil. La discussion est partie naturellement sur les professions. 2 usagers travaillaient dans un vignoble dans la région de bordeaux, ils nous ont expliqué leur rôle dans la fabrication du vin avec toute la surveillance des vignes, la difficulté de conserver la récolte... Du coup, ils ne comprennent pas pourquoi : *« y a pas de vin le midi, c'est dommage, depuis longtemps, j'ai mon verre de vin surtout pour le fromage »*. Ma voisine de droite, ancienne institutrice, me parle à voix basse en me confiant : *« je n'ai plus de goût, je dois rajouter du sel ou de la moutarde en permanence »*. Ces trois usagers n'ont pas besoin d'aide pour le repas. Ils semblent satisfaits même si de la nourriture est laissée sur le côté de l'assiette car elle semble non appréciée. Une dame sur une autre table mange avec difficulté son entrée : du chou rouge. Je me demande si elle a un appareil dentaire. Un peu plus tard, je constate qu'elle essaie de retirer quelque chose dans sa bouche ou peut-être entre ses dents. C'est une dame qui ne parle plus. Est-ce du chou rouge qui est coincé entre ses dents ? Je ne sais pas. J'ai remarqué pendant le repas que certains avaient des difficultés ponctuelles à se servir de leurs couverts et contrairement à ce que je pensais, aucune aide extérieure n'est intervenue. Par exemple, sur une autre table, une dame essaie d'enlever la peau à sa tranche de rôti de porc, elle semble perdue dans les couverts, elle a donc pris son pain et l'a utilisé comme un couteau. Elle a réussi sans demander d'aide.

La deuxième et troisième fois, j'ai déjeuné dans la salle où une grande table reçoit 3 personnes maximum avec le salarié. Un monsieur qui veut être tranquille quand il mange, c'est-à-dire ne pas parler avec ses voisins, déjeune toujours dans cette salle. Les deux autres usagers ont besoin d'aide constamment : une dame ne mange plus seule. La salariée lui donne à manger pendant tout le repas tout en mangeant elle-même. L'autre dame passe son temps à trier, elle parle très peu. Elle semble absente tout en mangeant.

Elle pousse les carottes râpées avec les échalotes ou de l'ail (je n'ai pas réussi à définir). Ça ne lui convient pas, je me demande si c'est la carotte ou l'accompagnement qui pose problème. Elle pousse son assiette qui glisse sur la table. La salariée repositionne doucement l'assiette. Le plat principal composé de pâtes et de poulet est vraiment sec, je suis incapable de manger le tiers de mon assiette, il n'y a pas de sauce, pas de beurre et en plus c'est fade. La salariée me propose de la moutarde.

La quatrième fois, j'ai déjeuné dans la salle où il y a trois petites tables. Mon choix s'est porté sur une autre table où mes deux voisins ont mangé pendant tout le déjeuner sans échanger une seule parole. Un monsieur qui n'aimait pas le poisson n'a pas eu de menu de remplacement, ça n'existe pas: il a mangé son entrée, son fromage et son dessert. Une dame, à une autre table, a mangé tout son repas avec les doigts. La salariée veille à couper des petits bouts ce qui semble délicat car le plat principal est composé de spaghettis.

### **Analyse :**

En reprenant mes questions de départ, je m'aperçois qu'effectivement, les menus proposés par la cuisine ne sont pas adaptés. Les goûts et les habitudes alimentaires ne sont pas demandés à l'entrée. Des aliments difficiles à manger comme le chou sont présents. Certains plats principaux sont secs, il n'y a pas de sauce pour accompagner. Les besoins des usagers sont découverts au fil des jours comme par exemple une aide pour découper la viande, un besoin d'encouragement ou de mimétisme pour manger. Si l'utilisateur mange avec ses doigts, le personnel de l'accueil le découvre pendant le repas. Concernant l'environnement matériel, le fait d'avoir 2 salles à manger ne posent pas de problème en apparence, cela permet de séparer les personnes qui veulent être en tout petit comité. Le matériel adapté est inexistant : assiettes, couverts, gobelets ou set de table antidérapant.

Ma question de départ sur l'existence de difficultés pendant le repas est vérifiée. Il faut souligner que des usagers mangent aussi leur repas sans difficulté notable et sans aide extérieure. Ce temps d'observation m'a permis de comprendre qu'un travail important à l'entrée de l'utilisateur devra être réalisé en concertation avec l'aidant principal. En effet, certains d'utilisateurs parlent très peu ou de façon incohérente car des troubles cognitifs prédominent.

---

# Liste des annexes

---

**Annexe n° 1:** Grille d'observation

**Les questions de la grille d'observation :**

**Questions sur l'environnement matériel :**

- Comment est aménagé l'espace ?
- Une musique est-elle proposée pendant le repas ? Existence-ils des bruits parasites ? Quelle ambiance ?
- La table est-elle bien dressée avec des couleurs, des motifs ou autres ?
- Les assiettes sont-elles bien présentées ?
- Un matériel spécifique existe-t-il comme assiette à rebord, set de table antidérapant, couverts ergonomiques ... ?

**Questions sur la pratique professionnelle :**

- Le soignant a-t-il une tenue propre ?
- Le soignant respecte-t-il les règles d'hygiène ?
- Une aide est-elle proposée à l'utilisateur ? comme couper la viande, aider à finir le dessert ...
- Le service est-il soutenu ? le temps nécessaire au repas est-il respecté ?
- Le comportement du professionnel : patience...

**Questions concernant l'utilisateur :**

- Quelle prise en compte de l'utilisateur ? (goût, régime, etc.)
- Quelle personnalisation pour le bénéficiaire ?
- Existe-t-il un échange entre utilisateurs ? A quelles occasions ?
- Y-a-t-il de grandes différences entre les utilisateurs concernant le repas ? Ceux qui terminent tôt, ceux qui ne peuvent pas attendre entre deux plats, ceux qui ne peuvent pas manger ou terminer seuls ...
- Semble-t-il prendre du plaisir à manger ?

BLIN	Nathalie	7.12.2012
<b>Diplôme d'Etablissement</b> <b>« Directeur d'EHPAD et Droits des usagers : enjeux, outils, méthodes »</b>		
<b>Mieux accompagner les usagers, présentant une maladie d'Alzheimer ou apparentée, pendant le repas à l'accueil de jour Alzheimer</b>		
<b>Promotion 2011-2012</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Prendre son repas à l'accueil de jour Alzheimer de l'Escale peut s'avérer difficile pour certains usagers. En effet, ces personnes souffrent déjà, bien souvent, d'altération de cinq sens liés à l'âge et souvent, des complications dues à la maladie d'Alzheimer, apparaissent (amnésie, aphasie, agnosie, apraxie ou troubles du comportement). Trois hypothèses se sont dessinées : les besoins des usagers ne sont pas intégralement identifiés par les professionnels, les menus proposés par la cuisine centrale ne sont pas adaptés et l'environnement matériel n'est pas adéquat à leurs besoins. En déjeunant 4 fois avec eux et en réalisant 12 entretiens semi-directifs avec des usagers, des aidants et des professionnels, la véracité des hypothèses est confirmée. Après avoir lu les normes imposées à la cuisine centrale et analyser les outils de la 2002.2, un travail en équipe est amorcé. L'évaluation interne, en cours actuellement, souligne que les goûts et habitudes alimentaires ne sont pas demandés à l'entrée des usagers. Ce travail a été réalisé en premier, la fiche est opérationnelle depuis aout 2012. La notion de plaisir, comme avoir un verre de vin pendant le déjeuner, est revenue plusieurs fois par les usagers de l'accueil. Prendre soin, en respectant la demande de bien-être, est aussi un rôle pour la directrice qui doit respecter également le cadre réglementaire. Manger et boire permettent d'entretenir les fonctions vitales du corps mais aussi de se faire plaisir en éprouvant des sensations souvent liées à l'émotion. Une autorisation pour le verre de vin est à remplir également par la famille depuis aout 2012. Un travail avec la cuisine, sur des menus plus adaptés au malade et une introduction du finger food, est en cours. Une revisite des outils de la loi 2002.2 (projet de service, règlement de fonctionnement et livret d'accueil) démarre fin 2012. Un travail en lien entre l'équipe spécialisée Alzheimer et l'accueil de jour est envisagé notamment sur le recueil des habitudes à l'entrée et la poursuite du travail mis en place par l'équipe spécialisée. Des formations d'assistante de soins en gérontologie seront accordées sur le plan de formation. Enfin, Un repérage des aidants en difficulté est nécessaire par l'équipe afin de les orienter rapidement vers les services de répit créés à cette intention (MAIA, plateforme de répit, France Alzheimer...).</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Alzheimer – accueil de jour – repas- goûts et habitudes alimentaires- plaisir de manger- outils de la loi 2002-2- attentes des salariés- regard du directeur- aidant-</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		