

PLAISIR DE MANGER ET REFUS D'ALIMENTATION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

[Isabelle Cottet](#), [Graziella Marion](#), [Pascal Dreyer](#)

Fondation Nationale de Gérontologie | « [Gérontologie et société](#) »

2010/3 vol. 33 / n° 134 | pages 207 à 215

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/g.s.134.0207

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-3-page-207.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.

© Fondation Nationale de Gérontologie. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LIBRES PROPOS

PLAISIR DE MANGER ET REFUS D'ALIMENTATION EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES

ISABELLE COTTET¹ & GRAZIELLA MARION²

1. SURVEILLANTE GÉNÉRALE EN GÉRIATRIE, CROIX ROUGE

2. PSYCHOLOGUE AUX ALBIZIAS, CENTRE GÉRIATRIQUE DE LA CHAUX, CROIX ROUGE.

Au cœur de la vie quotidienne des EHPAD comme des unités de soins de longue durée, les repas sont un enjeu fort pour les résidents, les personnels et les familles. Comme le suggère Graziella Marion, l'entrée en établissement réactive de nombreux éléments de la vie passée. Parmi ceux-ci les goûts et les dégoûts alimentaires, forgés dans la prime enfance et développés tout au long de la vie, jouent un rôle important. Si chaque âge possède ses goûts et ses désirs alimentaires, l'évolution pathologique questionne à nouveau ces aspects. Comment les professionnels, avec leurs prestataires, tiennent-ils compte de ces situations complexes dans lesquelles il faut tout autant nourrir que faire plaisir à la personne accueillie ?

THE PLEASURE OF EATING AND THE REFUSAL OF FOOD IN RETIREMENT HOMES IN OLDER DEPENDENT PEOPLE

At the heart of daily life in EHPADs as in long term care units, meals are a challenge for all residents, staff and families. As Graziella Marion points out, joining an institution reactivates many past lifetime events. Amongst these, food likes and dislikes, acquired in early childhood and developed throughout life, play an important role. Whilst each age in life has its own nutritional tastes and wishes, pathological evolution re-questions these aspects. How do professionals and staff take into account these complex situations in which both nourishment and pleasure must be given to residents?

Isabelle Cottet is a Red Cross, general supervisor in geriatrics in the Lyon region, Graziella Marion is a psychologist at Albizias which is a Red Cross geriatric centre in La Chaux. Our interview concerns the perception these two professionals have of a sector which receives 60 residents, and includes in equivalent full time (ETP) 5 nurses, 35 ETP life carers and assistant carers (who do the same work but do not have the same diploma) and 3 ETP service agents.

L'homme ne se nourrit pas d'aliments mais de symboles.
Jean Trémolières,
médecin-diététicien

Isabelle Cottet est surveillante générale en gériatrie, pour la Croix Rouge, dans la région lyonnaise. Graziella Marion est psychologue aux Albizias, centre gériatrique de La Chaux, Croix Rouge. Notre entretien porte sur la perception de ces deux professionnelles de l'alimentation et du temps des repas dans un service qui accueille soixante résidents, et compte en équivalent temps plein (ETP), cinq infirmières, trente-cinq ETP d'aides de vie et d'aides-soignants (qui font le même métier mais qui n'ont pas le même diplôme), et trois ETP d'agents de service.

L'établissement a choisi l'externalisation de la prestation repas pour les résidents. Pouvez-vous nous dire comment cela s'est organisé ?

● *Isabelle Cottet*: Les prestations liées aux repas ont été externalisées jusqu'à l'assiette il y a une quinzaine d'année. Tout ce qui précède, l'intervention de la diététicienne, les choix des menus, les commandes, la cuisine (préparation, assemblage et mise sur assiette) est assuré par des équipes mises à disposition par le prestataire. Nous n'assurons au sein du service « que » l'aide à la prise alimentaire. Le coût de la journée/repas qui comprend petit-déjeuner, collations, repas de midi, goûter et dîner revient à environ 4 € par personne.

Comment intervient la diététicienne ? Travaille-t-elle avec les équipes de soin ?

● *Isabelle Cottet*: La diététicienne qui est détachée dans notre établissement par le prestataire intervient au moment de chaque nouvelle entrée. Elle a pour mission d'identifier les goûts et les dégoûts de la personne. C'est donc un moment très important. Mais au final, si les dégoûts et rejets alimentaires sont bien identifiés, les goûts le sont beaucoup moins. Comme nous sommes un EHPAD, les personnes ne seront revues par la diététicienne qu'en cas de problème de santé. Il n'y a pas de suivi individualisé alors que cela serait vraiment nécessaire tant l'évolution des personnes peut être rapide. De la même façon, il serait souhaitable que ce professionnel puisse travailler davantage avec les équipes de soins, notamment lors des synthèses, pour les aider à résoudre les problèmes liés à la prise des repas, à l'alimentation ou aux aspects nutritionnels. Nous pourrions mieux remplir alors l'objectif assigné d'une prise en charge individualisée et d'une plus grande réactivité.

Mais cette personnalisation n'est guère possible, car finalement, c'est un seul et même menu qui est servi à tous. Individualiser le temps du repas demanderait un temps et une logistique trop coûteux. Les résidents ont ainsi des attentes qui ne sont jamais satisfaites et qui sont pourtant simples: ils veulent manger de temps en temps des œufs au plat et un bon steak, bien tendre et goûteux!

● *Graziella Marion*: Le temps du repas, est également un lieu d'expression des insatisfactions. Derrière la question purement diététique se cache la dimension psycho-affective de ce que l'individu mange et, peut-être aussi, de son rapport à l'institution. Les goûts et les dégoûts sont intimement liés au principe de plaisir et de déplaisir¹.

Justement, comment concilier repas en collectivité et plaisir de manger, personnel par essence ?

● *Graziella Marion*: L'alimentation en collectivité n'est pas d'abord une question de plaisir mais de gestion des risques. Et cette notion pénètre toutes les intimités (celles des résidents comme celles des soignants) et toutes les activités. Le plaisir c'est de manger ce dont on a envie au moment où on en a envie. Or, les prises des repas et des collations sont programmées et organisées. Elles ne sont pas en phase (ou rarement) avec l'émergence de ces envies et avec le rythme des personnes. Enfin, tout ce qui concerne l'alimentation, pour réduire à zéro les risques, est pensée, hygiénisée, surveillée et institutionnalisée. Mais, institutionnalisé, le plaisir est-il toujours le plaisir? Il l'est moins c'est sûr. Notre hypercontrôle explique peut-être que certains des résidents «volent» durant le repas de la nourriture (biscottes, biscuits, yaourts, mais aussi cuisses de poulet, etc.) pour les manger ensuite dans leur chambre, lorsqu'ils en auront envie. Le problème, c'est qu'ils oublient parfois tout ce qu'ils ont mis de côté pour se faire plaisir. Les fourmis nous guident vers les aliments cachés! (*rires*). Bien que centrale pour les résidents, les familles et les soignants, la question de l'alimentation rencontre au quotidien surtout beaucoup de limites alors que les discours des prestataires et des institutions semblent indiquer le contraire.

● *Isabelle Cottet*: Je ne sais pas si nous pouvons vraiment associer plaisir et manger. En tant que professionnels, nous pensons d'abord risques et nécessité. Nous essayons toutefois de préserver

1. Le fonctionnement psychique a pour but la recherche du plaisir et corrélativement l'évitement du déplaisir. Sur le temps de la journée, les individus sont à la recherche d'un équilibre (ne pas éprouver la sensation de déplaisir de la faim). En unité de soins de longue durée, la question qui se pose aux soignants est celle de l'analyse de l'expression de la faim et du déplaisir des résidents. Et de leur lecture des besoins alimentaires des résidents qui doit aussi les aiguiller au-delà de ces besoins primaires. (Graziella Marion)

ces temps spécifiques et de les détacher des interventions médicales. Nous avons déjà allégé la distribution de tous les médicaments au début du repas de midi, médicaments dont la prise coupait l'appétit des résidents et pouvait accentuer, pour certains, des fantasmes d'empoisonnement, présents dans des comportements démentiels. Ces ressentis sont peu favorables à la prise des repas! Désirer manger de quelque chose en particulier est un plaisir un peu solitaire qui requiert une certaine autonomie et l'usage de ses mains pour pouvoir déguster du chocolat à l'abri des regards. Au fond, comme le dit Graziella, nous sommes dans un lieu où c'est la « mère-institution » qui choisit ce qui est bon pour les résidents. Dans ce contexte, encourager et protéger le plaisir de manger des résidents, suppose que leurs choix personnels soient compris et assumés par l'équipe. Une dame a ainsi mangé du poulet-frites à tous les repas durant six mois. Mais c'était assez facile à accepter car le plat était disponible. Nous n'aurions pu satisfaire un choix plus coûteux et plus complexe, notamment en termes de sécurité alimentaire et d'investissement de l'équipe.

Les discours des professionnels de la restauration insistent sur la dimension de choix laissée aux équipes et aux résidents. Qu'en est-il dans la réalité?

● *Isabelle Cottet*: L'entreprise prestataire ne laisse plus le choix comme autrefois aux résidents à certains moments clés du repas. Il n'y a plus de plateaux de fromages et de desserts. Les personnes qui ne consomment que des repas mixés ont désormais tous les jours, toute l'année, un yaourt et une compote. Les résidents qui se plaignent de cette monotonie sont considérés comme des enquiquineurs. Mais que savons-nous de leurs habitudes alimentaires du passé?

● *Graziella Marion*: Une personne accueillie ici (mais c'est la seule) va faire ses courses en fauteuil roulant électrique en dehors de l'institution. Je la surnomme notre « délinquante alimentaire ». Elle ne déjeune plus avec les autres mais dans un petit salon où elle s'installe avec ses achats: asperges en bocaux, fromage de tête, etc. En général, elle achète au supermarché tout ce qui lui est interdit (elle est diabétique) mais qui correspond à son histoire personnelle: c'est une vraie Lyonnaise qui a conservé un goût très vif pour la cuisine, les saveurs et les goûts de cette cuisine riche. Son attitude nous a beaucoup interrogés sur la notion de risque car, diabétique, elle refuse la nourriture de l'institution, se joue

des règles, brave les interdits avec ferveur et exprime avec conviction que son plaisir de manger est bien supérieur à l'éventualité de sa mort.

Qu'expriment les résidents au sujet des plats qui leurs sont servis? Et les professionnels et les familles?

● *Isabelle Cottet*: Les résidents ont une demande générale d'une nourriture plus goûteuse: parfumée aux herbes de Provence et ayant un bon goût d'oignons cuisinés. Or les repas préparés sont fades car ils sont théoriquement une base à rehausser en saveurs ajoutées au dernier moment par l'équipe. La réponse des prestataires à cette demande n'est pas satisfaisante: la dosette de ketchup! Nous n'accueillons pas encore les générations qui ont ce goût du salé-sucré. Nos résidents demandent aussi ce que nous n'avons pas souvent: des sauces. Ces dernières nous seraient pourtant très utiles, notamment lorsque les plats sont accompagnés de semoule, toujours trop sèche et donc difficile à avaler. Les professionnels considèrent que la cuisine servie est très moyenne. Il n'y a pas de légumes frais. Et les familles la trouvent inadaptée et monotone.

● *Graziella Marion*: Nous sommes souvent très critiques vis-à-vis des résidents «jamais contents» mais je crois que l'on peut repérer des positionnements similaires chez nous professionnels et je me demande souvent quels vieux nous serons, nous, à table!

Quel rôle joue l'alimentation dans la relation des familles avec leur proche et avec l'institution ?

● *Graziella Marion*: Deux lieux de crispation constituent pour les familles des critères permanents d'évaluation de l'institution: l'animation et l'alimentation. Est-ce qu'il/elle s'occupe bien (est-ce que l'institution fait ce qu'il faut pour la distraire)? Est-ce qu'il mange bien? Voilà les deux questions que l'on ne cesse jamais de nous poser. Ce sont des questions primaires pour tout humain. On constate autour de l'alimentation, devenue lieu de pouvoir, des situations étonnantes. Comme si les familles dépossédées du soin du corps, de la relation intime, venaient reprendre à cet endroit un lien primordial. Il arrive de rencontrer dans le service des situations de gavage de la part des familles ou d'apport d'aliments contre-indiqués. Cette relation orale est peut-être une tentative ultime de préserver un lien de plaisir, de s'inscrire dans

la pulsion de vie et de partager lorsque tout rappelle à la mort de l'autre. Cette ambivalence se retrouve aussi chez les soignants, surtout dans les temps d'aide aux repas pour les personnes atteintes de démence sévère. La peur des fausses routes surgit dans un contexte où le professionnel accomplit un acte de vie qui inclut le risque de la mort. Les soignants du service en témoignent. Il nous arrive d'interpeller d'ailleurs l'équipe mobile de soins palliatifs pour des cas de fin de vie pour lesquels l'alimentation est une question récurrente.

L'individualisation de la prise en charge se traduit par l'arrivée des réfrigérateurs-bar dans les chambres. Comment est gérée la présence de la nourriture dans la chambre et dans la vie du résident?

● *Isabelle Cottet*: L'arrivée de quelques réfrigérateurs permet de répondre à l'envie et aux désirs des personnes de manger ou grignoter quand elles le souhaitent, dans de bonnes conditions sanitaires. Leur gestion et entretien n'est pas assuré par les aides-soignantes mais par les familles. C'est une enclave privée et personnelle dans l'espace collectif qu'est une unité de long séjour qui répond au tour de vis des financeurs et à la taylorisation des activités de soin qui doivent être réalisées à la chaîne et dans des délais prescrits. Mais pour répondre aux attentes des familles et des résidents de personnalisation de leur accueil dans un cadre de travail aussi contraint, il faut un projet de service et que les équipes de soins fassent preuve, de manière constante, d'une grande volonté et d'une grande souplesse.

● *Graziella Marion*: Ce qui est évoqué ici est la prise en compte de l'individu et de ses désirs dans le soin, ainsi que la tension paradoxale entre la logique du patient et celle de la collectivité qui l'héberge. Nous avons beaucoup évolué depuis la période où seule était prise en compte la dimension médicale de la personne. Notre accompagnement s'est ouvert: il s'est adapté à des exigences nouvelles, qualitatives et sociétales, dont celles de l'accompagnement respectueux de la personne dans la fin de vie.

Pour ce qui concerne l'alimentation, je ne donnerai que cet exemple. Il y a dix ans encore, lorsqu'une personne ne s'alimentait plus, il était décidé une gastrotomie. La personne était alimentée deux fois par jours: c'était le gavage. Or cette forme d'alimentation ne peut plus être arrêtée une fois mise en place. Elle pose donc de

nombreuses questions éthiques, notamment parce qu'elle maintient les personnes en «survie artificielle». Les familles étaient soumises par le médecin au choix impossible de la prolongation artificielle de la vie de leur proche ou de la mort par dénutrition. Aujourd'hui, nous ne pratiquons plus la gastrotomie. Mais nous savons accompagner la dénutrition des personnes et ce temps particulier de la vie des proches. Cela reste très difficile pour les professionnels: la fin de l'alimentation les confronte directement à l'imminence de la mort du résident.

Combien de temps les aides-soignantes consacrent-elles aux repas des résidents? Comment évaluent-elles la prise alimentaire?

● *Isabelle Cottet*: Nous avons calculé qu'elles y consacraient environ un tiers de leur temps. Avec les toilettes, l'alimentation est l'autre grand soin du corps que nous prodiguons. Pour les soignants, donner à manger, c'est faire vivre. Il est donc très difficile de les faire renoncer à ce geste vital.

L'une des grandes difficultés que les équipes rencontrent est celle de l'installation du repas lorsqu'il y a aide. Faut-il être de côté, assis, en face, debout (le résident ne voit alors que le blanc de la blouse)? Quelle doit être son attitude relationnelle pour faire de ce temps de rencontre un moment agréable de prise alimentaire? Les soignants ont peur de certaines situations, notamment quand il faut donner à manger avec une seringue car ils redoutent la fausse route. Si une personne autonome souhaite plus de temps pour son repas, elle peut rester à la salle à manger. On retrouve ainsi souvent deux/trois personnes qui «papotent» autour du café à la fin du repas. Lorsque les résidents prennent leur repas dans leur chambre, nous avons fini par demander que la télévision soit éteinte pour que soignants et résidents se regardent et se parlent. Dans la salle à manger principale, il n'y a pas de télévision.

Il est enfin très difficile de savoir si une personne a bien mangé ou pas malgré les outils de suivi mis en place. Le prestataire n'a pas mis en place d'outil de suivi. Nous avons une fiche, remplie par les soignants, qui détaille heures et quantités prises. Lorsque nous interrogeons un soignant pour savoir si tel résident a bien mangé et qu'il nous répond oui, nous constatons souvent que la personne a peu mangé (trois cuillerées de purée, deux de yaourt, trois de compote), peut-être un peu de tout, mais que surtout

ce temps de l'aide au repas s'est bien passé. L'appréciation de la prise alimentaire par les soignants est donc surtout subjective et relationnelle.

Quels sont les troubles de l'alimentation que vous rencontrez ?

● *Isabelle Cottet*: Principalement les troubles de la déglutition et ceux liés à la perte des dents ou du dentier dont l'impact sur la prise alimentaire est important. Les dentiers ne sont jamais refaits pour une simple raison. Pour que les personnes âgées n'en perdent pas l'habitude, il faudrait qu'ils puissent être modelés et livrés en moins de trois jours. Cela n'est jamais le cas. La perte de l'usage du dentier dans une bouche aux tissus fragilisés est donc irréversible.

● *Graziella Marion*: Dans le service, on peut repérer les résidents « jamais satisfaits », « les résignés », « les relativisants », les « toujours satisfaits ». L'alimentation leur permet d'exprimer leur rapport à la vie comme leur degré d'adaptabilité puisque leur arrivée ici est une rencontre entre un contexte nouveau et une personnalité.

Ainsi, l'entrée en institution peut réactiver puissamment des comportements de type anorexique et boulimique. Comme cela a déjà été évoqué, le support de ces comportements peut être la crainte délirante d'être empoisonné(e). Ce délire s'appuie parfois sur le constat objectif que les soignants mélangent fréquemment aliments et médicaments lorsque leur prise est difficile. Il y a aussi un fantasme lié à la peur de la collectivité : « que me fait ingurgiter cette "mère-institution" totalitaire obligeante, pressée, et que je perçois aussi prisonnière de ces propres contraintes ? »

Enfin, il y a des refus d'alimentation liés à la situation même du repas. C'est ce que j'appelle l'effet-miroir. Comment manger avec plaisir, comment vivre positivement la situation sociale et relationnelle qu'est le repas quand, en face de la personne, l'autre bave, se salit, manipule la nourriture. Cette image régressée est souvent mal vécue par le résident et peut être une raison au refus de s'alimenter. Nous avons beaucoup évolué dans l'occupation des différents espaces du service en passant de la salle à manger unique à des repas pris dans des petits salons. Si une personne autonome souhaite déjeuner ou dîner dans sa chambre, la décision est toujours discutée avec le médecin et la surveillante. Il arrive donc que des personnes qui pourraient manger avec les autres mais qui redoutent l'effet-miroir restent dans leur chambre.

Les comportements boulimiques sont pour l'essentiel liés à l'oubli de ce qui a déjà été mangé et à la difficulté d'interprétation par le résident de ses sensations de faim et de satiété. Notre institution contrôle efficacement les démarrages de comportements boulimiques. Autant dire qu'il n'y en a peu!

L'oralité et l'analité sont des points de fixation de la prise en charge gériatrique (que l'on comprend). Toutefois, ne devrait-on pas davantage se focaliser sur la notion de plaisir comme valeur institutionnelle? Peut-on penser que le sujet âgé en institution a droit à plus de plaisir?

● *Isabelle Cottet*: Je distinguerai deux populations de résidents pour bien comprendre les troubles de la prise alimentaire. Il y a d'abord les personnes autonomes qui peuvent manger seules ou avec l'aide de quelqu'un. Pour celles-là, la difficulté est celle évoquée par Graziella de la situation même du repas et de la relation d'aide avec un soignant apprécié ou non.

Et il y a les personnes démentes qui n'ont plus ni la notion de l'espace ni celle du temps. Les soignants doivent alors les nourrir en tenant compte de la pathologie ou contre leur gré. Et parmi cette population, il faudrait encore distinguer selon les stades de la maladie. Ainsi pour des personnes qui sont à un stade très précis de la maladie d'Alzheimer, il a été mis en place dans un autre service de cet établissement un système de restauration par tartines posées sur tables que les personnes prennent au vol. Car elles ne sont plus capables de rester assises à table le temps d'un repas. L'institution a pris en compte leur forte agitation psychomotrice: elles mangent et boivent en déambulant! Dans certains lieux, nous avons opté pour un repas fractionné et sans ordre puisque l'ordre habituel n'a plus de sens pour les personnes. Plaisir de manger? Alimentation forcée? Plaisir forcé? Alimentation plaisir? Nous sommes des équilibristes!



PROPOS RECUEILLIS PAR PASCAL DREYER