



HAL
open science

Engager les personnes âgées dans l'acte alimentaire : les pratiques du personnel en EHPAD

Anaïs Roger, David Michon, Claire Sulmont-Rossé, Virginie van Wymelbeke-Delannoy, Clémentine Hugol-Gential

► To cite this version:

Anaïs Roger, David Michon, Claire Sulmont-Rossé, Virginie van Wymelbeke-Delannoy, Clémentine Hugol-Gential. Engager les personnes âgées dans l'acte alimentaire : les pratiques du personnel en EHPAD. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 2021, 35 (4), pp.260-267. 10.1016/j.nupar.2021.06.001 . hal-03428569

HAL Id: hal-03428569

<https://hal.inrae.fr/hal-03428569>

Submitted on 28 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives | 4.0 International License

ENGAGER LES PERSONNES AGEES DANS L'ACTE ALIMENTAIRE : LES PRATIQUES DU PERSONNEL EN EHPAD

ENGAGING OLDER PEOPLE IN EATING SITUATIONS: THE PRACTICES OF NURSING HOME STAFF

Auteurs

Anaïs Roger¹, David Michon², Claire Sulmont-Rossé¹, Virginie Van Wymelbeke-Delannoy^{1,3}, Clémentine Hugol-Gential²

Affiliations

1 Centre des Sciences du Goût et de l'Alimentation, AgroSup Dijon, CNRS, INRAE, Université Bourgogne Franche-Comté, F-21000 Dijon, France

2 Université de Bourgogne, Laboratoire CIMEOS (EA4177), Maison des Sciences de l'Homme de Dijon.

3 CHU Dijon Bourgogne F Mitterrand, Unité du Pôle Personnes Âgées, F-21000 Dijon, France

Remerciements

Ce travail était soutenu par le programme « Investissements d'Avenir », projet ISITE-BFC (contrat ANR-15-IDEX-0003, projet ENGAGE) et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) dans le cadre de l'AAP lancé par l'IRéSP 2018.

Résumé

Cet article propose de comprendre quelles sont les représentations et pratiques des professionnels exerçant en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante) afin de mettre en place des actions qui engagent le résident dans l'acte alimentaire. La démarche d'engagement dans l'acte alimentaire n'est pas seulement souhaitée pour une satisfaction des besoins nutritionnels mais aussi pour un bénéfice plus général, autour de la convivialité et du mieux-être (mental et physique). Pour réaliser cette étude, une enquête a été menée auprès de 20 personnes travaillant en EHPAD. Ces entretiens semi-directifs ont donné

lieu à une analyse par le prisme d'une matrice SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities – Threats) afin d'identifier les déterminants favorisant ou empêchant ces actions. Cet article a permis d'identifier des leviers en faveur de ces actions, notamment l'adaptabilité des ateliers aux capacités des résidents, la communication collective et des moyens humains et financiers suffisants. Cet article a également permis de souligner les difficultés rencontrées par le personnel dans la mise en place de ces actions. Ces difficultés dépassent le strict cadre des repas, mais relèvent de dimensions organisationnelles, économiques et humaines. Pour autant, si ces difficultés arrivent à être surmontées, les bénéfices ne sont pas que nutritionnels mais également physiques, cognitifs et relationnels. Enfin, ce travail a permis d'interroger les notions d'engagement et d'*empowerment* en institution.

Abstract

This article aims at understanding the representations and the practices of professionals working in nursing home when setting up actions to engage the resident in the feeding act. The process of engaging in the feeding act is not only looked for improving satisfaction and fulfilling nutritional needs, but also for a more general benefit, around conviviality and well-being (mental and physical). To carry out this study, a survey was achieved among 20 people working in nursing home. These semi-structured interviews gave rise to an analysis through the prism of a SWOT matrix (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats) in order to identify the determinants favoring or preventing these actions. This article allows the identification of levers in favor of these actions, in particular the adaptability of the actions to residents' capacities, collective communication and sufficient human and financial resources. This article also underlines the difficulties encountered by the staff in the implementation of these actions. These difficulties go beyond the strict framework of meals, but relate to organizational, economic and human dimensions. However, if these difficulties can be overcome, the benefits are not only nutritional but also physical, cognitive and relational. Finally, this work questions the notions of commitment and empowerment in an institution.

Mots clés

Vieillesse, dépendance, institution, repas, animations, professionnels de santé

Keywords

Aged, dependence, institution, meal, animation, care professional

INTRODUCTION

En France, fin 2016, on comptait 605 000 places d'accueil proposées en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes **(1)**. L'entrée en institution, cet « étrange voyage » **(2)**, apparaît ainsi comme la dernière étape du parcours de vie **(3)**. Elle est souvent synonyme de double perte ou « déprise » selon des sociologues **(4)** : celle des capacités physiques voire d'une vie sociale.

Cette évolution de l'accompagnement entraîne ainsi une dissonance entre la mission d'hébergement et la mission soignante des professionnels. Il s'agit, pour les EHPAD, de concilier ces deux logiques : la logique de soin et celle répondant à une qualité de vie similaire au domicile. De plus, depuis la loi du 2 janvier 2002, le patient de l'institution médico-sociale (tel l'EHPAD et les services de soins infirmiers à domicile) devient acteur de son projet. Elle favorise une meilleure participation dans les dispositifs et services mis en place pour le séjour de la personne âgée dépendante.

Cette médicalisation est inévitable du fait de l'âge des résidents (35 % des résidents ont 90 ans ou plus en 2019) qui entrent plus tardivement en institution : 85 ans et 2 mois en 2015 contre 84 ans et 9 mois en 2011 **(5)**. Ils ont un niveau de dépendance plus élevé **(6)**, les résidents cumulant en moyenne 7.9 pathologies **(7)**.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la santé et la qualité de vie des personnes âgées sont devenues l'une des préoccupations majeures des pouvoirs publics français **(8)**. L'une d'elles est la question de la dénutrition des personnes âgées qui, par sa fréquence et son impact en termes de morbi-mortalité¹, représente un problème majeur de santé publique **(9)**. D'après la Haute Autorité de Santé **(10)**, la dénutrition touche entre 15 et 38 % de résidents en institution contre 4 à 10 % au domicile. En institution, la dénutrition touche 37 % des personnes grabataires et 14 % des non grabataires **(11)**. Il s'agit de la conséquence d'une « malnutrition protéino-énergétique, qui résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme » **(10)**. Cela va créer un épuisement des réserves physiologiques et précipiter l'individu dans la spirale de la dénutrition **(12)**. Chez une personne âgée vivant EHPAD, la dénutrition contribue à des

¹ La morbi-mortalité (on écrit aussi morbimortalité) est le cumul de la morbidité et de la mortalité pour une pathologie donnée. Source: <https://www.dictionnaire-medical.net/term/44223>

complications plus graves telles que l'immunodépression, augmentant le risque d'infections aiguës, la fonte musculaire **(13)** et la diminution des capacités de cicatrisation.

En EHPAD, le repas est un moment crucial du quotidien des résidents. Il peut être une source de plaisir immédiat, un moment de partage et d'échanges et un facteur de la préservation de la santé **(14)**. De plus, le repas peut aussi représenter un lien aux expériences vécues des seniors, à des souvenirs de leur vie sociale passée. En effet, 80 % des résidents déclarent que la question de la nourriture est importante. De plus, 73 % des résidents estiment que le repas est un moment de plaisir **(15)**. A plus forte raison en France, où l'art du « bien manger » met l'accent sur la convivialité, le bien-être ensemble et l'humanisme de la table². Ainsi, parler de dénutrition est aussi indissociablement lié à considérer le repas et les rites qui l'entourent. En effet, l'alimentation englobe « l'acte de se nourrir, le rythme et les circonstances des repas, et non seulement le contenu de l'assiette ou du verre - outre son rôle indispensable dans le maintien de la capacité à fonctionner physiquement et intellectuellement, l'alimentation rythme les journées et les relations sociales de la personne âgée » **(16)**.

Ainsi, les traces biologiques, physiologiques et corporelles ne sont pas seules considérées comme suffisantes pour déterminer ce qui encadre la prise alimentaire, donc ce qui entre dans la lutte contre la dénutrition **(17)**. L'alimentation contient un potentiel d'action et de représentation important au-delà des protocoles liés au traitement médical imposé par le corps médical **(18)**.

Cette démarche d'action est nommée *empowerment* par les milieux anglo-saxons et se définit comme une augmentation du pouvoir d'agir des personnes âgées **(19)** ce qui sous-entend une capacité de la personne âgée à exercer son pouvoir d'action ou de décision. Dans le contexte gériatrique, cette notion du pouvoir se joue surtout dans l'espace privé et dans le contrôle des interventions qui s'y déroulent, jusque dans l'intimité et sur le corps, ainsi que dans la préservation d'espaces propres d'autodétermination, y compris dans les institutions collectives (maisons de retraite et autres établissements d'hébergement socio-sanitaires) **(20)**. Suivant les ateliers culinaires en lien avec le concept d'*empowerment* ou pouvoir d'agir **(21, 22)**, une réflexion sur les dispositifs alimentaires et ce qui est à entendre par l'engagement est à interroger. Quelles sont les spécificités contextuelles du lieu même, ici l'EHPAD, pour réussir

² Cet aspect est devenu officiel en 2010 avec l'inscription du repas gastronomique des Français à l'UNESCO.

à définir la notion d'engagement ? Des actions permettent-elles au résident de s'impliquer plus largement dans la vie sociale de l'établissement ? Quels sont les freins à lever pour mener une démarche d'engagement pouvant éloigner le risque de dénutrition, élevé parmi cette population, pour quels bénéfices ?

C'est au cœur de ce questionnement que s'inscrit le projet ENGAGE : Elderly People Living In Institution In Eating Situations. L'objectif est, dans un premier temps, de s'intéresser aux actions qui engagent les personnes âgées vivant en EHPAD dans la construction du repas au sein de leur établissement. Il sera nécessaire de mobiliser des méthodologies performatives et de les définir.

C'est dans cette optique que nous avons mené en 2019 des entretiens semi-directifs auprès de professionnels travaillant dans des EHPAD de Bourgogne Franche-Comté. Ces entretiens avaient pour but d'analyser une action engageante mise en place par l'établissement, autour de l'acte alimentaire, afin de déterminer ses forces et faiblesses, ses menaces et opportunités, selon le modèle SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats).

MATERIEL ET METHODE

De mars à mai 2019, 20 entretiens semi-directifs d'acteurs de ces établissements (hors résidents) ont été réalisés, d'une durée moyenne de 2 heures. Le choix d'une méthode d'entretien qualitative s'appuie sur le fait qu'il s'agit d'une démarche qui s'avère adaptée pour des travaux portant sur « le champ de la santé – et notamment de l'exploration des comportements en santé » (23).

Ici, le guide d'entretien est issu d'une enquête exploratoire réalisée par le biais d'une enquête téléphonique auprès des EHPAD recensées en Bourgogne Franche-Comté, soit 289 établissements appelés entre novembre 2018 et mars 2019. Les résultats de cette enquête ont permis de définir une grille d'entretien semi-directive portant sur les activités engageantes mises en place en EHPAD et ayant un lien avec l'alimentation. Ont ici été considérées comme engageantes toutes les activités qui impliquaient le résident et qui nécessitaient une participation et/ou une action de sa part. Après des travaux préparatoires pour identifier les actions réalisées en établissement et suite à une enquête téléphonique en plusieurs étapes (premier contact pour évaluer les établissements actifs sur ces questions, puis second contact), des entretiens ont été

conduits. Ils ont eu lieu dans des EHPAD du Jura, de la Côte d'Or, du Doubs, de la Haute-Saône et de la Saône-et-Loire.

Tableau 1. Fonctions des personnels reçus en entretien.

Direction	Animation	Soins	Autre
6 directeurs	5 animatrices	5 infirmières	1 chef cuisinier
		1 médecin	1 assistante de direction
		1 ASH	

A partir des données recueillies, une analyse par catégories sémantiques inférées du texte (analyse thématique manuelle) a été menée. L'analyse a suivi trois grandes étapes: 1. la pré-analyse, lecture flottante des textes, 2. l'exploitation consistant à : « découper le contenu d'un discours ou d'un texte en unités d'analyse (mots, phrases, thèmes...) et à les intégrer au sein de catégories sélectionnées en fonction de l'objet de recherche » (24), 3. L'interprétation ayant pour but de synthétiser les résultats et à en tirer des inférences (25).

Ici nos catégories sélectionnées étaient les suivantes : identification des obstacles et des leviers rencontrés lors de la mise en place et du suivi des activités engageantes, bénéfiques observés et freins à la participation des seniors pour ces ateliers. A l'aide de ces entretiens, il s'agissait de comprendre la mise en place d'activités engageantes autour de l'alimentation, et leurs impacts sur la personne âgée résidant en EHPAD.

RESULTATS

Tout d'abord, les entretiens semi-directifs ont permis d'observer que ces activités semblaient suivre des lignes communes. Un programme élaboré en 2011 par l'HAS et l'ANESM a pour objectif de « promouvoir l'ensemble des pratiques professionnelles destinées à améliorer la qualité de vie des résidents » (HAS, 2011). Ce guide se divise en 4 catégories : 1 - De l'accueil de la personne à son accompagnement. 2 - Le cadre de vie et la vie quotidienne. 3 - La vie sociale des résidents en EHPAD. 4 - L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie.

Cette dernière catégorie pose la question suivante : « Comment maintenir, stimuler, compenser les capacités dans les actes de la vie quotidienne ? » (26) ainsi que sur la coordination des différents acteurs entourant le résident pour la mise en place de ces activités. C'est dans ce volet qu'est détaillée la thématique de la personnalisation d'activités collectives et le maintien des liens sociaux.

Dans notre cas, notre regard s'est porté sur des activités engageantes collectives. Les actions ciblées ont été diverses impliquant la participation ou l'action des résidents : elles portaient aussi bien sur des commissions menus, que sur des repas à thèmes costumés, en passant par des

jardins thérapeutiques. Une fois ces entretiens achevés, trois grandes catégories d'activités impliquantes se sont dégagées et ont pu être catégorisées : les activités nécessitant un engagement de la personne âgée par le geste (atelier cuisine), les activités qui nécessitent un engagement de la personne âgée par un dialogue entre elle et des membres de l'établissement (une commission restauration) ou encore des activités engageantes qui impliquaient par le plaisir (un repas convivial).

Tableau 2. Les 20 activités engageantes interrogées.

Implication par le geste	Implication par la parole	Implication par le plaisir
Atelier cuisine en espace ouvert	Commission restauration	Repas conviviaux (x2)
Jardin thérapeutique et poulailler	Commission menus	Tables thérapeutiques
Jardin thérapeutique et atelier cuisine	Méthode Montessori (x2)	Repas thérapeutiques
Cuisiner ensemble	Projet d'aide personnalisé (PAP)	Repas à thèmes costumés
Confection de recettes		Thé dansant
Atelier pâtisserie		Sorties restaurant
Atelier pluche		Contes gourmands

Certaines actions ont été interrogées deux fois, en raison des différences de type d'établissement (privé/public/privé à but non lucratif) ou du nombre de résidents.

Le résultat premier est la tonalité positive du discours recueilli. Par rapport à la méthodologie SWOT qui interroge les modalités de mises en place d'actions engageantes, la catégorie « Force » (S) regroupe 130 verbatim contre 66 pour la catégorie « Faiblesses » (W). La catégorie « Opportunités » (O) regroupe 241 verbatim contre 104 pour la catégorie « Menaces » (T).

Les personnes à l'origine des activités peuvent être les résidents (dans 3 établissements sur 20) mais plus souvent les professionnels. Les causes sont plurielles.

Tableau 3. Eléments déclencheurs des activités.

Initiateurs de l'action	Causes	Verbatim
--------------------------------	---------------	-----------------

Résident	Se sentir utile	« Puis [l]es résidents, c'est eux à mon avis qui ont demandé à l'animatrice, de se sentir utile. » (E16).
Professionnel (animateurs, direction, personnel soignant)	Observation d'un problème	« C'était à la base un besoin qu'on avait, parce que les filles, elles s'en sortaient pas le matin pour les stimulations [...] c'est elles qui ont dit : « on n'a qu'à tous les regrouper » ; « ah oui, d'accord, bonne idée ». Et c'est parti comme ça, c'est parti du problème » (E12). Toujours
Professionnel (animateurs, direction, personnel soignant)	Ecoute du résident	« En fait souvent, [...] en groupes de discussion on arrive à savoir plein de choses. Du coup, on leur a demandé si les ateliers cuisine tout ça, ça les intéressait, s'ils avaient envie de continuer » (E7).
Professionnel (animateurs, direction, personnel soignant)	Servir le résident	« C'est vraiment un échange qu'on a entre [le groupe et les cuisines] c'est vraiment de se dire bah le bien-être du résident avant tout, donc on est vraiment là pour ça quoi » (E11).

La contribution collective est un résultat marquant puisque si certains projets sont portés par une personne seule (l'animatrice), d'autres sont mis en place par différents corps de métier (animatrice et chef cuisinier) et perdurent grâce à l'engagement de toute une équipe.

Un résultat général porte sur les moyens d'encourager à l'action et de sélectionner les participants. La personne responsable de la mise en place peut utiliser divers moyens pour informer et inviter les résidents à participer : affiches collées dans les endroits stratégiques de l'EHPAD (ascenseur, porte de la salle à manger ...), envoi d'un courrier ou plus traditionnellement information donnée de vive voix. Parfois, l'animatrice va simplement s'asseoir à une table et lancer un « appel à l'aide » : « Je n'ai pas sélectionné. Je m'assois à une table, elle est vide. Et quand je parle, elles arrivent : « écoutez-moi, j'ai besoin de vous, est-ce que vous voulez bien m'aider ? » Et en même temps elles sont actives, elles se sentent valorisées et elles sont là pour vous aider. » (E5).

Toutefois, il n'est pas rare que les animatrices présélectionnent elles-mêmes les résidents susceptibles d'être intéressés, organisent un roulement, et essayent aussi de faire les groupes en fonction des affinités. Souvent, des petits groupes de fidèles, « noyau dur », viennent régulièrement participer à l'atelier. Dans les cas des ateliers ayant des objectifs très précis, tels les repas thérapeutiques, les membres du personnel en charge de l'activité auront le même

raisonnement : ils présélectionneront les résidents dont ils estiment nécessaire qu'ils viennent à ces repas.

Les objectifs recherchés par la mise en place de ces activités sont variés. Elles portent à la fois vers un objectif nutritionnel, avec la surveillance de ce que le résident mange, mais également source de plaisir : « *Ce n'est pas tant pour l'aspect culinaire qu'effectivement pour la façon dont ça peut rythmer la vie et pour le côté social de la chose quoi.* » (E20) ou bien : « *je pense qu'arriver à un certain âge, en EHPAD, il n'y a pas beaucoup de plaisir dans la vie, on sait que bah manger ça leur plaît* » (E18).

Après les origines et objectifs de ces activités, il convient de relever leurs forces, faiblesses, bénéfices et risques pour l'établissement et le résident dans le cadre du modèle SWOT mobilisé pour proposer une lecture analytique des actions mises en œuvre.

Au cours des entretiens, différents obstacles ont été évoqués concernant la mise en place des activités engageantes autour de l'alimentation. Une problématique récurrente dans les propos des professionnels concerne les moyens de l'établissement : moyens financiers, matériels, humains. Entre ces manques de moyens et les règlements à suivre (notamment à propos de l'hygiène), cela induit une logistique quotidienne plus complexe pour les professionnels.

9 professionnels sur les 20 interrogés ont fait du budget un obstacle central pour la mise en place d'une activité en EHPAD. En effet, le budget moyen alloué pour l'animation est de 13 centimes par jour et par résident (27). « *Ça dépend de combien ça coûte, quoi. Parce que c'est le nerf de la guerre.* » (E6). Pour contourner et dépasser ce problème, les professionnels peuvent adopter deux stratégies : s'autocensurer ou créer de nouvelles activités en s'adaptant avec ce qui est déjà à disposition : « *On est tellement habitué à ce qu'on nous dise 'oui mais, il n'y a pas le budget' que du coup tous nos projets on les pense déjà, quand on les rédige, à se dire il ne faut pas qu'il y a besoin de budget ou très petit pour que ça passe.*» (E2). Les moyens financiers d'un établissement conditionnent également les dotations en personnel, et donc le temps d'encadrement. La gestion du temps est une préoccupation qui concernait 30 % du panel interrogé. Les activités sont considérées comme énergivores dans un quotidien avec peu de temps « libre » et demandent une réflexion accrue avant leur mise en place.

Cette pression temporelle, évoquée dans une étude de la DREES de 2016, est « systématiquement mentionnée par les soignants : il s'agit de travailler vite, en ayant en tête la

prochaine tâche ou le prochain résident, sans prendre le temps de « bien » travailler ». Toute l'organisation du travail s'en trouve touchée, entre pression temporelle et pression spatiale : « *Le plus compliqué, c'est pour les filles de service des ateliers pour que la salle soit prête pour l'atelier épluchage à 14h00. Après le repas ouais. Le temps de tout ranger, nettoyer les salles, les trucs sales.* » (E16). Cette précision sur le nettoyage est importante, puisque le respect des normes d'hygiène est un temps non compressible dans ce type d'établissement, jusqu'à potentiellement toucher la sécurité alimentaire requise.

En parallèle à ces obstacles matériels, le deuxième point saillant est la gestion des ressources humaines. Ce manque de moyens va se répercuter sur la mise en place et le bon déroulement des activités.

Les conditions de travail difficiles favorisent l'absentéisme et le *turnover*. En bout de chaîne, cela va compliquer le maintien des activités déjà établies ou la mise en place de nouvelles activités : « *Avec tout le mouvement de personnel, c'est compliqué. Donc, les derniers temps là où on a eu des mouvements de personnel, on n'a pas pu mettre quoi que ce soit en place, c'est clair* » (E18). Au sein même des activités, la communication entre professionnels détermine le succès de l'action. Une mauvaise entente peut mener à son arrêt : « *Même si sur le papier, ça avait l'air sympa, en réalité, ouais ça ne fonctionnait pas très bien parce que les animatrices ne s'entendaient pas* » (E20) Les liens entre la direction et les autres corps de métier au sein d'un EHPAD demandent également une certaine pédagogie. La communication accompagne le changement, préoccupation pour un quart des personnels interrogés.

En support, la présence d'une personne ressource chargée de la mise en place et du suivi de l'activité peut se révéler à double tranchant, selon son degré de motivation et d'obstination : « *Moi je pense qu'il y aurait quelqu'un avec une autre personnalité, qui soit moins vraiment à vouloir aller au bout des choses, moins tenace, l'activité se serait arrêtée* » (E8). Elle mettra en péril l'activité à son départ.

Par ailleurs, les compétences des professionnels et leur sentiment de légitimité peuvent être des freins à la mise en place d'activités Mais les résidents sont parfois très critiques envers les professionnels, comme un chef cuisinier l'a souligné « *les deux premières commissions j'étais tout le temps comme ça, je tremblais. Parce que j'avais cinq six râleurs [...] c'était le purgatoire quoi.* » (E11).

La prise en compte de l'état de santé des résidents est finalement assez peu citée : « La difficulté, c'est que maintenant, l'été, il fait souvent quand même très très chaud et clairement, nos résidents, ils ne peuvent pas sortir quand il fait trop froid et ils ne peuvent pas sortir quand il fait trop chaud. Ils sont fragiles » (E20).

Après ces obstacles matériels et humains, les leviers menant à un engagement plus fort des résidents vers l'acte alimentaire sont de plusieurs types.

Tableau 4. Les leviers permettant la mise en place des actions.

Leviers généraux	Angles spécifiques	Verbatim
Budget	Effectif	« Mais c'est vrai que du fait maintenant d'avoir É., qui est arrivée et qui est une personne supplémentaire ressource, ça permet de relancer la machine avec les autres. C'est important d'avoir une personne ressource, voilà. » (E13)
Travail collectif	Communication	« Je sens que ça a été notre point fort [...] Ça communiquait enfin, le contrôle médecin, la cuisine, la responsable hôtelière, moi et la directrice, voilà. On est professionnel et on essaie de faire au mieux pour qu'ils se sentent mieux. » (E16)
Motivation	Objectifs connus	: « Déjà d'être convaincu du bienfait et du bénéfique pour les résidents. Savoir pourquoi ils le mettent en place » (E8). De plus, les compétences professionnelles des membres du personnel ne sont pas à négliger, comme le souligne un enquêté: « Mais il y a un moment, il y a aussi le savoir-faire, la motivation de la personne qui cuisine » (E20).
Bien-être du résident	Au cœur de l'action	« Le but de tout le monde c'est que les résidents soient bien, tout ce qui est activité il n'y a pas de problème, tout le monde nous suit, ça fait partie du travail de tout le monde, on est là pour les résidents. » (E2)
Compétences professionnelles	Dialogue	« Posez-leur la question. De leurs envies, de leurs besoins. C'est eux. Ce n'est pas nous, c'est eux. » (E5)
Approche psychologique des professionnels	Empathie	« Moi je pars du principe que c'est des personnes âgées, ils ont été adultes avant moi, je vais pas leur imposer quelque chose. [...] Ils sont en maison de retraite, ils sont là pour prendre du plaisir, pour travailler leurs fonctions cognitives, mais ils sont chez eux. » (E1)

Bienveillance professionnelle	Respect général	« <i>Qu'ils se fassent leur rythme et qu'ils se sentent bien, qu'ils se sentent considérés, respectés</i> »
Adaptabilité ou les connaissances de l'autre	Respect des capacités	« <i>on nous donne des prunes, par exemple, à la belle saison pour faire des confitures et tout, quand il faut qu'ils dénoyautent, mais c'est terrible. Donc finalement, si ça les met en échec, ce n'est pas la peine.</i> » (E14)

L'alimentation va être un point convergent et ouvre au dialogue avec les résidents : « *Comment vous voulez faire manger un bœuf bourguignon à une personne qui a 85 ans et qui l'a fait 56 fois, un peu plus que vous, enfin je ne sais pas combien de fois plus que vous. Il le sait mieux que vous que voilà. Donc forcément, moi je vais aux infos, je leur demande. C'est super intéressant cet échange qu'il y a entre nous quoi.* » (E11). En effet, les liens entre les résidents jouent également sur leur niveau de participation interrogeant notamment la « sociabilité de dernier recours » (28), au sens d'un engagement forcé, il s'agit de ne pas tomber dedans.

Ces leviers sont envisagés comme un tout devant s'adapter à chaque résident, ses envies, ses capacités. Les bénéfices constatés sont nombreux et dépassent le cadre alimentaire.

Tableau 5. Les bénéfices issus des activités.

Bénéfice général	Angle spécifique	Verbatim
Bien-être	Savoir l'exprimer	« <i>On repère aussi tous ceux qui, au contraire, ont bien apprécié. Effectivement, quand on les remonte dans les ascenseurs, on va avoir : « ah bah j'ai passé un bon moment</i> » (E14).
Bien-être	Ambiance générale	« <i>Ben, de toute façon, on le voit dans l'ambiance générale de l'établissement. Ça se passe quand même extrêmement mieux</i> » (E3)
Bien-être	Résidents et professionnels	« <i>Mais après quand on me fait un retour et qu'on voit ce que ça a apporté, aussi bien aux résidents qu'aux personnels. Parce que c'est plutôt, en général, un bon moment pour tout le monde.</i> » (E18).
Bien-être	Entre résidents	« <i>il y a des gens qui mangent plus tôt le matin, par exemple, qui mangent avec les veilleuses et qui, du coup, vont s'installer quand même à la table, prennent juste un jus d'orange, alors qu'elles ont déjà déjeuné, mais voilà, elles profitent du monde, elles profitent qu'il y ait du monde.</i> » (E12).
Physique	Lutte contre la perte de facultés	« <i>Et puis l'atelier pâtisserie, c'est manipuler, c'est garder cette faculté de calculer.</i> » (E8).
Cognitif	Meilleure estime de soi	« <i>On avait une dame qui était italienne à l'époque, elle était toute fière de dire "Ah chez</i>

		<i>moi on fait comme ça”. [...] Oui, il y a de la fierté. » (E1)</i>
Moral	Chanter	<i>« Mais sur le moment elles sont heureuses. Elles chantent. Elles chantent comme si elles étaient dans leur salle à manger ou dans leur cuisine, en train de faire leur propre... comme avant quoi. » (E5)</i>
Prise alimentaire	Appréciation du repas	<i>« Surtout par rapport aux gens qui ont des problèmes en termes de dénutrition, sans parler de dénutrition, mais de petit appétit ou autre, déjà on constate que les gens mangent mieux. Ça, c'est clair et net, enfin, ils mangent plus on va dire » (E10).</i>
Prise alimentaire	Appétit	<i>« c'est vrai que quand même si vous voulez, au niveau des animations, quand ils savent qu'il y a après un goûter comme ça, ils viennent quand même plus facilement. Donc on fait souvent... » (E9)</i>

En somme, les forces de ces actions reposent sur une prise alimentaire améliorée et sur une meilleure convivialité permise par une communication collective. C'est ici une opportunité de succès avec un travail d'équipe souvent louée, jusqu'au lien entre résident et personnel (via une bonne écoute et une valorisation) vu comme déterminant.

Si cette communication est au cœur de l'organisation générale des établissements, son absence se trouve être une vraie menace pour ces actions. Entre résidents (mauvaise entente) et au sein du personnel (équipe, personne ressource), le manque de communication va plus loin puisqu'il interroge sur le résident en lui-même, qui tend à freiner son engagement pour plusieurs raisons : par son état de santé, par ses capacités amoindries, par son aversion au changement.

DISCUSSION

Discuter les résultats à partir de cette matrice SWOT permet de synthétiser ces éléments de diagnostics. En révéler les enjeux clés permet de générer des orientations pour opérer des choix et identifier les leviers d'action (29).

D'après les discours recueillis, les actions autour de l'alimentation ont largement dépassé les bornes physiologiques. Il ressort de nos résultats qu'il s'agit d'un travail collectif. D'abord par les personnes engagées dans cette démarche : les personnels sont davantage à l'initiative que les résidents, mais il s'agit bien souvent de tous les professionnels. Ceux-ci ne sont pas à prendre individuellement mais leurs échanges et leur travail conjoint vont permettre la mise en place et

le succès des actions. Les discours recueillis sont souvent très pragmatiques, dans le sens où ces actions particulières ne sauraient être dégagées d'un quotidien normé et régit par de nombreuses règles. En effet, pour répondre à une question initiale, les EHPAD ont ceci de spécifiques que de nombreux métiers collaborent. Les entretiens ont largement mis en avant cette notion de collectif. L'engagement comprend donc, déjà, une idée de force collective.

Malgré une tonalité positive, les enquêtés ont fait part de difficultés générales, et, ici aussi, non uniquement liées à l'alimentation. Le manque de moyens reste saillant dans les discours recueillis. Les moyens financiers d'un établissement vont directement toucher les personnels, notamment leur charge de travail individuelle (près de la moitié des EHPAD déclare avoir des difficultés à recruter, 9 % ont au moins un poste non pourvu depuis 6 mois), que les personnels considèrent comme de plus en plus lourde (30). La question est d'autant plus centrale que les actions viennent souvent des personnels et de leur implication temporelle.

Il était précédemment envisagé des actions engageantes. Ici, il s'agit déjà d'une organisation plus optimale, propre à ces établissements. Cela provient de notre choix d'interroger les professionnels mettant en avant la nécessité de pouvoir réaliser toutes leurs tâches, avant même de faire preuve d'originalité ou d'inventivité dans les actions proposées. Les travaux de Johann Petit et Bernard Dugué (31) sur le lien entre organisation et travail de qualité s'appliquent donc à ces structures. Si l'idée d'une personne ressource, considérée comme la clé de voûte du processus, implique un travail collectif avec de multiples partenaires, la communication et le travail d'équipe sont à ce moment-là essentiels pour les débuts de l'activité engageante. En effet, cela confirme que « le partage d'objectifs communs est un gage de réussite de la mobilisation » (32). Ces différents auxiliaires seront donc d'autant plus impliqués et motivés dans le lancement et le suivi de l'activité engageante s'ils ont connaissance des objectifs sous-jacents. En somme, c'est une forme de renversement mettant en avant la nécessité d'une organisation réfléchie et structurée (30).

Ensuite, si le travail en EHPAD est par nature collectif, ces activités précises nécessitent l'intervention de différents corps de métier. La solidarité implique le partage et l'organisation des tâches, le sentiment d'aller dans la même direction avec des objectifs communs (le résident et son bien-être au cœur du système) sont des facteurs de satisfaction et d'investissement pour les professionnels. Ces éléments associés à une bonne communication entre les différents partenaires ne sont pas à négliger pour la mise en place d'activités engageantes pérennes. Ces leviers évoqués par les membres du personnel viennent confirmer que « les trois facteurs clés

de satisfaction des infirmiers sont la relation soignant-soigné, le travail d'équipe, l'organisation du travail et la qualité des soins. » **(33)**.

Toutefois, ces résultats ne sauraient concerner seulement les professionnels, ils progressent vers la nature du lien aux résidents. Une nouvelle fois, ce lien précède l'action et devient un bénéfice non uniquement nutritionnel de ces activités. La relation peut ainsi s'améliorer au cours de ces activités engageantes, notamment par le dialogue.

Le fait que ces liens se créent peut jouer sur la participation des résidents mais aussi sur le niveau d'implication des membres du personnel. Un premier bénéfice est établi à partir d'une relation de confiance entre membres du personnel et résidents, ces derniers vont être susceptibles de participer davantage. Ainsi, cela prend le relais, ou remplace parfois, les dispositions législatives renforçant la participation des résidents **(34)**. Ici revient la nécessité de cette force collective, non plus entre les professionnels mais liée aux personnes âgées dépendantes.

Si le regard du professionnel peut changer, les enquêtés pensent aux bénéfices multiples pour les résidents. La prise alimentaire reste centrale mais il s'agit de dépasser ce cadre pour penser l'action comme participant d'une meilleure estime de soi, d'un bien-être moral supérieur. Les apports ne sont pas uniquement traités comme une lutte contre une perte ou une diminution mais véritablement comme l'acquisition de compétences. Les résidents vont pouvoir montrer aux autres leurs savoirs et connaissances. Empathie et choix guident ces actions, afin que le résident retrouve une place de patient mais surtout en tant que personne. Ainsi, l'engagement est de faire en sorte que le résident redevienne acteur de son quotidien au sens d'une « capacité à faire seul tout ou partie des activités matérielles et symboliques qui constituent son monde de vie » **(35)** et ce dès l'entrée en établissement, une étape décisive pour la suite **(15)**. Le respect des capacités ouvre un large champ de représentations où certains professionnels estiment que la personne âgée n'est pas en capacité de réaliser certaines tâches. Si souvent ce constat vient de l'observation, il y a là un intérêt à comprendre si c'est réellement observé ou si cela précède l'action, action qui ne se fera donc pas si le professionnel estime que la personne âgée n'en est pas capable.

Toutefois, le taux d'engagement des résidents n'est pas toujours élevé. Ceci pose la question des freins à lever, introduite au début de l'article. Cela interroge la nécessaire adaptabilité des activités à leurs difficultés multiples (fatigue, moral, problème physique, cycles physiologiques,

soin en cours, désintéressé). Le rôle du personnel est alors déterminant pour remotiver, expliquer, mobiliser. S'adapter aux contraintes des résidents paraît incontournable et le personnel interrogé a souvent conscience de cette nécessaire personnalisation de l'activité. Que ce soit en amont, en allant parler à chacun -où s'opère une forme de sélection- et en estimant le niveau de motivation, l'implication commence bien avant l'activité. Au cours de celle-ci, les difficultés peuvent revenir comme autant de freins à l'activité en cours mais également à la participation à venir. L'objectif est de ne pas les mettre en situation d'échec. Lorsque cela arrive, les enquêtés constatent que c'est contre-productif pour tout le monde, allant à l'encontre de ce qu'ils voulaient faire avec cet atelier : faire participer le résident. La notion d'*empowerment* trouve ici ses limites car l'atelier ne permet plus d'accroître les capacités d'action et d'émancipation du résident, mais l'inverse : elle le met devant le constat de ne pas progresser et même pire s'il ne souhaite plus participer. La confiance en soi s'en trouve diminuée et peut contribuer à entraîner une peur du regard des autres, nouveau frein potentiel à une prochaine participation. C'est une limite consciente qu'ont les professionnels interrogés et, selon leurs retours, leurs propres actions prennent en compte ces difficultés. D'une avancée permise par cette volonté de prise en charge en autonomie, le retour des enquêtes montre qu'au contraire l'effet peut être inverse mais surtout agir à contre-courant dans le temps long. Ces limites risquent également d'influencer les autres participants potentiels, aux pathologies parfois similaires. Le travail effectué est donc plus global et ne se cantonne pas à l'atelier en lui-même. Le « pouvoir d'agir » redonnant une place décisive à la personne âgée en institution est ainsi suscité par la mobilisation du résident, avant et pendant l'activité en question. Cette prise en compte des besoins et des craintes en amont permet de lever ces freins physiques et cognitifs et d'adapter les modalités de l'atelier pour ne pas empêcher la participation présente et à venir. De patient à acteur de son quotidien, les professionnels interrogés tendent vers une représentation du quotidien qui ne tourne pas qu'autour de l'alimentation mais davantage vers la possibilité de permettre à tous (résidents et professionnels) de maintenir et développer les échanges sociaux, et, en soi, de faire société au sein même de ces établissements.

CONCLUSION

Avant de proposer des actions visant à engager la personne âgée dépendante vers l'acte alimentaire, il a fallu comprendre, sur le terrain, ce qui freinait la mise en place d'actions ou ce qui a pu causer leur arrêt. En effet, agir sur le moment du repas pour en faire un vecteur de lutte

contre la dénutrition implique de s'intéresser aux besoins nutritionnels des personnes âgées, sans pour autant oublier leurs besoins hédoniques (36). Cette enquête a permis de recueillir la parole d'acteurs de terrain, à différents niveaux de responsabilités. Les freins et les leviers sont intimement liés : moyen financier, moyen humain, communication et adaptabilité au résident sont les clés des actions engageantes, leur perte et leur succès. En effet, il a déjà été montré la forte corrélation entre la satisfaction des patients et l'organisation en travail d'équipe (37).

Notre étude montre le caractère multidimensionnel de cette lutte contre la dénutrition par le biais de l'engagement à l'acte alimentaire. Le repas répond à des besoins autant physiologiques que psychiques : « L'acte alimentaire satisfait tout à la fois des besoins nutritionnels, relationnels et symboliques. Interdépendantes, ces différentes fonctions ont un rôle homéostatique au sens large. » (38).

Dans cet article, les représentations viennent du personnel et de ce qui leur semble être engageant pour le résident. Ils se livrent également sur leurs pratiques. Désormais, grâce à une enquête similaire auprès des personnes âgées dépendantes, il s'agit de travailler sur les attentes complémentaires et différentes entre résidents et professionnels, à commencer par ce que les différentes parties prenantes entendent par la notion d'engagement. Il faut également interroger les limites de l'*empowerment*. En effet, Bickel et Hugentobler (35) invoquent que « la survalorisation dont peut faire l'objet l'autonomie peut conduire à sous-estimer la part de dépendance ainsi que la protection et le prendre soin (care) qu'elle requiert ». L'*empowerment* peut donc déboucher sur des travers qui au lieu d'aider à l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées contribueront plutôt à dégrader l'expérience vécue en institution. Car, si la capacité « d'agir seul » devient marqueur d'une bonne intégrité physique et psychologique, se retrouver dans une situation où le résident est forcé de se débrouiller seul en dépit des difficultés physiques et cognitives peut accentuer le sentiment d'impuissance, loin de restituer le pouvoir d'agir.

REFERENCES

1. INSEE. Tableaux de l'économie française, édition 2020. Montrouge, France: INSEE; 2020. [Access in June 2021]; Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676717?sommaire=3696937>
2. Le Doujet D. Entrer en maison de retraite un voyage aux confins de l'humain ? *Gérontologie et société*. 2005; 112:49-62.

3. Caradec V. Les transitions biographiques, étapes du vieillissement. *Prévenir*. 1998; 35:131-7.
4. Caradec V. *Sociologie de la Vieillesse et du Vieillissement*. Paris: Arnaud Colin; 2008.
5. DREES. Les proches aidants des personnes âgées. 2019 [Access in June 2021]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/les-proches-aidants-des-personnes-agees-les-chiffres-cles-edition-2019>.
6. Volant S. L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2011. *Etudes et Résultats*. 2014; 877 [Access in June 2021]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/loffre-en-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-en-2011>.
7. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. *Etudes et Résultats*. 2016; 989 [Access in June 2021]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de>.
8. Bouima S, Michaud M, Gojard S. La 'personne âgée isolée dénutrie' : l'usage des discours du risque et du manque par les acteurs de terrain. *Retraite et Société*. 2018; 82:89-113.
9. Boulay M, Lenoir F. L'alimentation, un enjeu transversal. *Regards*. 2020; 57:165-73.
10. Haute Autorité de Santé HAS. Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez les personnes âgées: 2007. [Access in June 2021]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
11. DREES. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). 2020 [Access in June 2021]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/07-lenquete-aupres-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees>.
12. Bouima S. Rejouer sa condition sociale sur la scène de l'alimentation partagée : le cas des ateliers culinaires et des repas partagés pour « bien-vieillir ». *Sciences et Actions Sociales*. 2020; 14.
13. Grunberg B. La dénutrition : une urgence médicale chez le sujet âgé. *Hegel*. 2013; 4:322-3.
14. Sulmont-Rossé C, Maître I, Feyen V, Vandenberghe-Descamps M, Labouré H, Feron G, et al. Quels aliments pour maintenir la prise alimentaire chez les personnes âgées et prévenir la dénutrition ? *Innovations Agronomiques*. 2018; 65:99-111.
15. Marquier R. Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000. *Etudes et Résultats*. 2013; 47 [Access in June 2021]; Available from: https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_863918/vivre-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-a-la-fin-des-annees-2000?details=true.

16. Barberger-Gateau P, Rullier L, Féart C, Bouisson J. Alimentation et vieillissement cérébral : une relation complexe. *Gérontologie et société*. 2010; 134:107-21.
17. Hugol-Gential C. Les traces alimentaires du patient hospitalisé. In: B. Galinon-Méléneq (ed), *L'Homme-trace : Des traces du corps au corps trace*. Paris: CNRS Editions. 2017. p. 333-49.
18. Hugol-Gential C, editor. *Se nourrir ou manger ? Les enjeux du repas en établissement de santé*. Paris: L'Harmattan. 2016.
19. Quentin B. Quand maximiser le pouvoir d'agir se retourne contre la personne vulnérable. *Gérontologie et société*. 2018; 157:181-7.
20. Mallon I. *Vivre en maison de retraite : le dernier chez soi*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2004.
21. Paganelli C, Clavier V, Duetto A. S'informer via des médias sociaux de santé : quelle place pour les experts ? *Le Temps des médias*. 2014; 23:141-3.
22. Lorcy A. « Le goût de manger » pendant une chimiothérapie : difficultés et choix alimentaires de femmes traitées pour un cancer gynécologique (Québec). *Sociologie et sociétés*. 2014; 46:181-204.
23. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*. 2010; 102:23-34.
24. Thietart R-A, Allard-Poesi F, Angot J, Baumard P, Blanc A, Cartier M, et al. *Méthodes de recherche en management*. Paris: Dunod. 2014.
25. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. *Actes du Colloque Bilan et Perspectives de la Recherche Qualitative*. 2007; 3:243-72.
26. ANESM. *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*. 2011 [Access in June 2021]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_documentaire_qdv2.pdf.
27. Groupement des Animateurs en Gérontologie. *Livre blanc : l'animation avec les personnes âgées*. 2017 [Access in June 2021]; Available from: https://www.non-traitance.com/livre_blanc-edition-05-2014.pdf.
28. Guérin L. L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD. *Participations*. 2018; 22:159-83.
29. Selmer C. Outil 26. La matrice SWOT. *La boîte à outils du contrôle de gestion*. Paris: Dunod. 2019.
30. Marquier R, Vroylandt T, Chenal M, Jolidon P, Laurent T, Peyrot C, et al. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les Dossiers de la DREES*. 2016; 5 [Access in

June 2021]; Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/des-conditions-de-travail-en-ehpad-vecues-comme-difficiles>.

31. Petit J, Dugué B. Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas. *Perspectives Interdisciplinaires sur le Travail et la Santé*. 2013; 15:1-18.
32. Sainsaulieu I. La mobilisation collective à l'hôpital : contestataire ou consensuelle ? *Revue française de sociologie*. 2012; 53:461-92.
33. Estry-Béhar M. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'EHESP. 2008.
34. Loffeier I. La participation des résidents de maison de retraite : une préconisation ambiguë ? Dans B. Eyraud (ed), *Choisir et agir pour autrui ? : Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées*. Paris: Doin; 2018. p. 278-81.
35. Bickel J-F, Hugentobler V. Les multiples faces du pouvoir d'agir à l'épreuve du vieillissement. *Gérontologie et société*. 2018; 157:11-23.
36. Bailly N, Van Wylmelbeke V, Sulmont-Rossé C, Maître I. Une mesure du plaisir alimentaire pour des personnes âgées en situation de dépendance culinaire. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 2018; 32:276.
37. Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care*. 2004; 42:492-8.
38. Basdevant A, Laville M, Lerebours E. *Traité de nutrition clinique de l'adulte*. Paris: Flammarion; 2001.