



L'essentiel est qu'il(s) mange(nt). Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD

Laura Guérin

DANS **PARTICIPATIONS** 2018/3 N° 22 , PAGES 159 À 183
ÉDITIONS **DE BOECK SUPÉRIEUR**

ISSN 2034-7650

ISBN 9782807391994

DOI 10.3917/parti.022.0159

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-participations-2018-3-page-159?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



L'essentiel est qu'il(s) mange(nt)¹. Participation sollicitée ou empêchée des résidents en EHPAD

› Laura Guérin

› Résumé

Quelles prises de position sont autorisées aux résidents des EHPAD ? À partir d'une démarche ethnographique centrée sur l'alimentation, cet article pose à nouveaux frais la question de la participation des personnes âgées dites dépendantes vivant en institution. Il analyse à la fois la participation telle qu'elle est recommandée dans les politiques de santé publiques et telle qu'elle est concrétisée dans les établissements. Il montre comment la lutte contre la dénutrition rend difficile la compréhension du refus alimentaire comme un acte délibéré et participatif de la part des résidents.

[1] Cette formule est extraite du document du groupe de travail réuni en 2009-2010 à la DDASS puis à l'ARS, délégation territoriale des Yvelines, *Prévention de la dénutrition et Qualité de la nutrition en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes* (p. 33). Je l'ai conjuguée volontairement au pluriel pour correspondre à l'intention de cet article, qui explore la tension entre logique collective et logique individuelle pendant la prise des repas.

Dans quelle mesure peut-on choisir ce que l'on mange en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ? Avec qui et de quelle(s) manière(s) ? Et a-t-on le droit de refuser de manger ? L'alimentation des personnes âgées est loin d'être une question subalterne dans l'ordre du quotidien, bien qu'elle fasse l'objet de peu d'investigations en sciences sociales (Cardon, 2009 ; Guérin, 2016). Les pratiques alimentaires en institution sont principalement analysées de façon périphérique (Mallon, 2004 ; Hédouin, 2004 ; Rimbart, 2005), alors que la prise en charge de la dépendance au cours des repas représente une part conséquente de l'activité de l'ensemble des établissements, comme le renseigne par exemple la grille AGGIR² en faisant de l'alimentation une des dix variables destinées à évaluer l'autonomie des résidents. La « dépendance culinaire » qui désigne les difficultés d'approvisionnement et de préparation des plats en cuisine (Cardon, Gojard, 2008) n'est pas uniquement en cause, des difficultés relatives à la prise de décision, au service à table (découpage des aliments par exemple) et à l'incorporation des aliments sont également engagées. À l'heure où entre « 50 et 70 % des résidents ont besoin d'une aide partielle ou totale pour s'alimenter » (ANESM, 2012b, p. 32), que bon nombre d'entre eux consomment une alimentation à texture modifiée prescrite médicalement³, l'alimentation en institution gériatrique interroge les droits des résidents dans les relations de soins et d'accompagnement. Communément représenté comme le haut lieu du plaisir et de la sociabilité en EHPAD, le repas collectif n'en est pas moins une règle quotidienne imposée aux résidents dans la majorité des établissements. L'espace commun qu'il constitue interroge la forme même de la participation qui se déploie en EHPAD. D'un côté, par exemple, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux⁴ fait du repas un dispositif central de la convivialité des personnes âgées et du respect des choix individuels (ANESM, 2011b). D'un autre côté, l'investissement privé et intime de l'EHPAD par les résidents n'implique pas nécessairement des pratiques collectives. En effet, soit l'espace de la chambre est vécu comme un monde privé uniquement, soit l'ensemble de l'institution (espaces collectifs inclus) est vécu comme un « chez-soi » (Mallon, 2004). *A fortiori*, la présence dans des espaces collectifs, comme les salles à manger, est régulièrement rejetée par bon nombre de résidents comme le notent plusieurs enquêtes (Rimbart, 2005 ; Guérin, 2016).

À la frontière entre la dimension collective et individuelle de la vie quotidienne, entre le service et le soin à la personne, la prise des repas en EHPAD représente

[2] La grille AGGIR évalue l'autonomie selon certains critères et regroupe les malades en six groupes « iso-ressources ». La grille comporte dix variables à coder : Cohérence, Orientation, Toilette, Habillage, Alimentation, Élimination, Transfert, Déplacement à l'intérieur, Déplacement à l'extérieur, Communication à distance. Pour chaque activité examinée, quatre adverbes seront à utiliser : spontanément, totalement, correctement, habituellement.

[3] La cuisine à texture modifiée (lisse, hachée, mixée) est une méthode de préparation des aliments permettant d'en modifier la texture tout en conservant leurs valeurs nutritives. Elle est prescrite aux personnes âgées ayant des problèmes de déglutition.

[4] En 2018, l'ANESM a fusionné avec la Haute Autorité de santé.

un analyseur éclairant des dynamiques participatives en institution pour personnes âgées dépendantes. La nutrition et le vieillissement sont bien deux grands domaines d'intervention publique en France (Fassin, Hauray, 2010), qui, articulés ensemble, constituent un domaine fort de production de normes dans le gouvernement des vies, nous invitant à interroger les marges de manœuvre à disposition des résidents. L'alimentation se situe en effet à la fois dans le modèle hôtelier et le modèle médical de l'hébergement, en faisant du résident un client à satisfaire autant qu'une personne à soigner. Toutefois, ces quarante dernières années la part du médical a pris une place majeure au moment des repas, avec l'émergence de la lutte contre la dénutrition. L'enjeu est de combattre une réalité qui « entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance, et favorise la survenue de morbidités » (HAS, 2007a, p. 16). Au quotidien, cela revient à « faire manger » les résidents (Guérin, 2016) : non plus seulement assurer le service de restauration, mais veiller à ce qu'un certain niveau de consommation alimentaire soit garanti. La surveillance et le cadrage de l'incorporation alimentaire sont ainsi devenus de plus en plus contraignants.

Qu'est-ce que la question de l'alimentation fait donc ressortir des enjeux de participation des personnes âgées dépendantes aux décisions qui les concernent ? La faible participation politique des personnes âgées dites dépendantes ne saurait être le fait uniquement de facteurs liés à la perte d'autonomie ; des facteurs politiques et institutionnels jouent un rôle central dans la possibilité d'expression réelle des droits, par exemple l'amélioration de la mobilité des personnes âgées en vue de favoriser la participation électorale (Lucas, Lloren, 2008). Or, quelles prises de position sont autorisées aux résidents des EHPAD ? Une analyse de l'alimentation en EHPAD permet de poser à nouveaux frais la question de la participation. En effet, si l'exercice du droit de vote est encouragé depuis la rédaction du rapport Laroque en 1960, la prise de parole et la mobilisation des personnes âgées vivant en institution ne sauraient s'y limiter. La citoyenneté se concrétise aussi dans l'ordinaire du quotidien, telle qu'elle est vécue et revendiquée. Cet article s'intéresse donc à la participation dans l'ordre du quotidien, sans se limiter aux mobilisations collectives extraordinaires. Cela revient à élargir « le répertoire des ressources traditionnellement admises pour participer » et à reconnaître qu'habiter dans une institution, c'est déjà y participer d'une certaine manière (Overney, 2017). La notion de « participation » connaît de nombreuses déclinaisons depuis le XIX^e siècle ; elle s'élabore autour d'un fil conducteur qui, selon l'idéal démocratique et le principe d'égalité des citoyens, vise « à permettre à des personnes ou des groupes qui en sont écartés d'accéder à un pouvoir ou à une parcelle de pouvoir » (Bresson, 2014, p. 32). Dans ce contexte, nous rejoignons cette idée que saisir la participation de personnes marginalisées et stigmatisées suppose de s'intéresser aux conditions pratiques de la participation, c'est-à-dire d'adopter un niveau d'analyse sensible aux interactions et aux situations (Matthieu, 1999), sans toutefois délaissier la prise en compte de dimensions plus structurelles. Il paraît nécessaire en effet de s'intéresser à « l'action située » de la participation sans délaissier les « coulisses, les à-côtés, les interstices [...] du jeu social » (Blondiaux, Fourniau, 2011, p. 21). Par le prisme

du repas collectif, cette contribution s'attache donc à faire l'étude de formes ordinaires de participation en EHPAD, avec le souci de la saisir « telle qu'elle se fait, et non (seulement) telle qu'elle devrait être » (Cefai *et al.*, 2012, p. 8).

Le premier enjeu est d'étudier les incitations institutionnelles à participer. Quelles formes prend la participation recommandée dans les politiques de santé publiques à destination des personnes âgées dépendantes vivant en institution ? Et comment cette participation est-elle concrétisée en EHPAD ? Nous montrons que la conception de la participation qui se dégage repose largement sur l'individualisation de la prise en charge et le soutien à la prise de décision individuelle, laissant peu de place à une mobilisation collective. L'action de manger n'est pas présentée et discutée comme un droit, contrairement au droit à la protection ou encore au droit à la pratique religieuse par exemple. Le deuxième enjeu de cet article est de décrire plus localement des « modes de faire » de la participation en EHPAD. Nous montrons sur quels ressorts professionnels repose la fabrication de la participation à la question de l'alimentation, en soulignant une imbrication fréquente entre évaluation des capacités des personnes âgées dépendantes et recueil de l'expression de choix individuels, ayant pour effet de diminuer la possibilité de participer. Le troisième enjeu de cet article est d'étudier des formes de participation des résidents pendant le service de restauration perçues comme illégitimes par les professionnels. Nous analysons les raisons pour lesquelles la lutte contre la dénutrition rend difficile leur compréhension du refus alimentaire comme un acte délibéré et participatif de la part des résidents.

Cet article repose sur des données recueillies dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie, par observation participante, rédaction d'un carnet de terrain et tenue d'une trentaine d'entretiens, pendant et en dehors des temps de repas, dans trois EHPAD de type privé associatif, durant sept mois (entre septembre 2012 et novembre 2015)⁵. Le premier établissement, que nous nommons « Le Canut »⁶, est le plus petit établissement de l'enquête en termes de capacité d'accueil : 70 lits. Le second établissement, « Le Cardon », héberge jusqu'à 107 résidents, tandis que le troisième, « Le Gourmet » a une capacité d'accueil de 94 résidents. S'ajoute un travail d'analyse des recommandations de santé publique à l'égard de la population âgée vivant en institution fixe, les normes professionnelles de qualité dans la prise en charge de la dépendance et dont la source principale dans cet article est l'ANESM.

[5] Cet article est également issu de discussions dans le cadre du projet ANR ACSEDR0ITS, « L'accès aux droits pour les personnes en situation de vulnérabilité cognitive en lien avec le vieillissement », coordonné par Benoît Eyraud et Anne Saris.

[6] « Le Canut », « Le Gourmet » et « Le Cardon » sont des pseudonymes. Les noms des résidents sont également fictifs.

Les incitations institutionnelles à participer

Cette partie de l'article se centre sur les manières de favoriser la participation des personnes âgées en étudiant les recommandations de l'ANESM et comment les EHPAD s'en saisissent. Nous montrons que la conception de la participation qui se dégage est plus largement individuelle que collective, il s'agit de faire de chaque résident un résident éclairé et actif dans sa prise en charge. Si l'alimentation en EHPAD est marquée par une forte médicalisation, elle n'est pas thématisée comme une arène d'expression de droits et n'amène pas de mobilisation collective. L'incitation à participer se limite en grande partie à donner son avis sur le choix des menus dans le cadre de dispositifs institués souvent délaissés par les résidents.

Consentir à sa prise en charge

Dans le programme de l'ANESM intitulé « La qualité de vie des résidents », quatre volets sont distingués : « De l'accueil de la personne à son accompagnement » (volet 1) ; « Le cadre de vie et la vie quotidienne » (volet 2) ; « La vie sociale des résidents en EHPAD » (volet 3) ; « L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie » (volet 4). Pas moins de 112 mentions de la notion de « participation » y sont faites, en priorité dans le volet 3 sur la vie sociale des résidents (59 occurrences) et dans les volets portant sur l'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (26) et sur l'accueil et l'accompagnement (22). Le volet portant sur le cadre de vie et la vie quotidienne, quant à lui, s'y réfère relativement peu (5). Dans l'ensemble, la conception de la participation qui est construite repose sur l'idée d'incitation à participer. Bien que la participation des résidents soit encouragée dans « la vie de la cité : marché, courses, fêtes, animations, débats publics » (ANESM, 2011a, p. 16), c'est une vision de la participation centrée sur la vie quotidienne au sein même de l'EHPAD qui domine. Dans ce contexte, participer ne doit pas se limiter à recevoir des informations, mais consiste pour chaque résident à être incité à « exprimer ses analyses, ses avis, ses attentes, et de pouvoir faire des choix ou du moins de pouvoir participer aux choix qui [le concernent] » (ANESM, 2011b, p. 4). Ici, la participation des résidents à leur projet d'accompagnement est largement rattachée à la notion de consentement libre et éclairé, consistant à « exprimer sa volonté et à participer à la décision » (ANESM, 2012b, p. 16). Elle s'intègre principalement dans la rédaction de leur « projet personnalisé »⁷.

La condition minimale de la participation en EHPAD suppose donc en premier lieu de délivrer un certain nombre d'informations aux résidents sur leurs

[7] Institué par le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007, le projet personnalisé précise que la qualité de prise en charge d'un EHPAD repose sur le respect de la personne, de ses choix, de ses attentes, afin de conserver son autonomie sociale, physique et psychique.

droits et leurs devoirs dans le domaine médico-social (ANESM, 2012b, p. 16). En conformité avec l'article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles, il s'agit non seulement de préciser des droits et des obligations, mais aussi de faire connaître le mode de fonctionnement de l'EHPAD. La modalité de cette forme de participation repose sur la transmission directe d'un certain nombre de documents écrits aux résidents et à leurs proches⁸. Un contrat de séjour est également remis à chaque résident dans les quinze jours qui suivent son entrée en EHPAD⁹. Enfin, depuis 1999, une charte des droits et libertés de la personne âgée¹⁰ est remise à chaque résident détaillant l'ensemble des droits et libertés individuels en EHPAD.

Dans la charte des droits et libertés de la personne accueillie en EHPAD, le respect de l'intimité, de la vie affective et intime des résidents, du droit d'aller et de venir sont en priorité mentionnées, tandis que l'alimentation et la nutrition ne sont pas citées comme étant des droits (ANESM, 2012b). Les pratiques alimentaires ne sont pas explicitement pensées en termes de droits, même s'il est recommandé d'offrir à la personne la possibilité de continuer ou de modifier ses habitudes alimentaires et de favoriser un cadre convivial pour la prise des repas (ANESM, 2011b). Du point de vue juridique, la question alimentaire est posée exclusivement en termes d'hygiène, notamment selon la loi n° 93-949 du 26 juillet 1993 qui fixe le code de consommation. La réglementation nationale imposée aux EHPAD est largement axée sur l'équipement et l'administratif ; l'installation d'une pièce rafraîchie et celle d'un groupe électrogène sont les principales dimensions de cette réglementation relative à l'alimentation (Martin, 2014, p. 22).

La question du risque et du refus de soins ne semble pas concerner le domaine alimentaire dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Selon l'ANESM, « en matière de santé, les situations à risque communément rencontrées en EHPAD sont liées à l'usage du tabac, de l'alcool, à la liberté d'aller et venir et au risque de se perdre ou de tomber, parfois la gestion personnelle des médicaments » (ANESM, 2012b, p. 42). Quand, rarement, le risque lié à l'alimentation est abordé, c'est d'abord celui relatif à la dénutrition qui est mentionné (ANESM, 2012b), qui consiste à prévenir et prendre en charge ce problème

[8] Un livret d'accueil est remis à la personne prise en charge ou à son représentant légal à son arrivée dans l'établissement qui présente l'EHPAD et ses prestations. S'ajoute un règlement de fonctionnement : arrêté par chaque l'établissement, il indique les modalités concrètes d'exercice des droits et libertés individuels des résidents, les modalités d'association de la famille à la vie de l'EHPAD, l'organisation des locaux. Dans l'ensemble, le règlement rend compte des règles de la vie collective et de l'organisation de la vie quotidienne.

[9] Il fixe la nature et le coût des prestations offertes (prix payé pour l'hébergement et l'accompagnement, montant du dépôt de garantie), les droits et obligations de chacune des parties, notamment les modalités de résiliation du contrat.

[10] Voir Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du Code de l'action sociale et de la famille.

qui touche entre 15 et 38 % des personnes âgées selon la Haute Autorité de santé (HAS, 2007a, p. 16).

Il s'agit de lutter en priorité contre la dénutrition et la déshydratation des résidents afin de limiter la perte d'autonomie, l'altération des fonctions cognitives, l'altération de la mobilité, ou encore l'incontinence. À l'échelle du service à table, il s'agit plus spécifiquement d'« organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) » pour que les résidents soient en capacité d'incorporer les plats servis. Du point de vue des interactions de service, motiver les personnes âgées à boire et à manger devient une compétence attendue de la part des professionnels en charge du repas. À l'échelle de l'assiette, il s'agit, par exemple, de respecter les repères nutritionnels du Programme national nutrition santé (PNNS), d'augmenter la fréquence des prises alimentaires, ainsi que « l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume » grâce à l'enrichissement des plats cuisinés (HAS, 2007b, p. 3). Lutter contre la dénutrition consiste aussi à servir de la nourriture à texture modifiée afin de faciliter la prise alimentaire et de réduire le risque de fausse route. De même, en cas de déshydratation du résident, les perfusions sous-cutanées sont une autre forme de médicalisation de l'alimentation en EHPAD. La lutte contre la dénutrition amène donc de nombreux changements dans la régulation des consommations alimentaires des résidents, sans que des risques associés, en termes de limitation de droits et de libertés, ne soient ni mentionnés ni discutés. La participation des résidents sur ces questions est en ce sens largement limitée.

Les arènes collectives délaissées

Si un livre d'accueil, un contrat de séjour, un règlement intérieur et une charte des droits et libertés sont remis à chaque résident à l'entrée en EHPAD, ces documents informatifs paraissent globalement peu connus et mémorisés pendant le séjour (Prévo, Weber, 2009, p. 183). Les modalités de fonctionnement de l'EHPAD semblent peu présentes à l'esprit des résidents, non seulement dans la sphère du soin et du *nursing*¹¹, mais aussi dans celle du service à la personne. Par ailleurs, différentes instances peuvent être investies par les résidents pour débattre des choix alimentaires. Le Conseil de vie sociale (CVS) est précisément organisé pour gérer la difficile conciliation entre respect des droits individuels et des droits collectifs. Selon le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au Conseil de la vie sociale¹², le CVS est invité à donner son avis et à faire des propositions sur le fonctionnement des lieux de vie de l'EHPAD, et notamment « l'organisation intérieure de la vie quotidienne ». Pourtant, peu


[11] Le *nursing* est un mot tiré de l'anglais pour désigner l'ensemble des soins infirmiers dispensés à des personnes reconnues comme malades, dépendantes, handicapées ou en fin de vie.

[12] Et aux autres formes de participation instituées à l'article L. 311-6 du Code de l'action sociale et des familles.

de résidents connaissent le CVS et y participent (Prévot, Weber, 2010). En effet, dans les situations conflictuelles, les résidents s'adressent dans 60 % des cas aux professionnels de l'EHPAD, dans 20 % des cas à la famille, et seulement dans 2 % des cas au CVS (DREES, 2011). Dans les CVS, la présence des résidents ne procède pas souvent d'une démarche personnelle et volontariste, mais est plus largement suscitée par le personnel, faisant de nombreux résidents des participants « malgré eux » (Éloi, Martin, 2016, p. 84). Plus nombreux sont les résidents qui connaissent et participent (une dizaine de résidents environ) aux « commissions menus », sans faire accéder à la représentativité néanmoins. Sous forme de réunions trimestrielles, elles ont pour vocation de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations de restauration, en réunissant non seulement des résidents, mais aussi des infirmiers, des aides-soignantes (AS), des membres de la direction de l'établissement et le médecin coordinateur (Conseil national de l'alimentation, 2005). Cependant, les établissements ne disposent pas de recommandations formalisées concernant leur fonctionnement, si bien qu'il revient à chaque établissement d'en définir les modalités. Les résidents qui y prennent part restent peu nombreux et les critiques qu'ils formulent sont en demi-teinte, même pour ceux qui expriment un fort mécontentement exprimé dans l'ordinaire du quotidien. Le terme de commission « menus » lui-même souligne combien la participation sollicitée des résidents est consultative et circonscrite au choix de la liste des plats servis pendant les repas. Pour l'essentiel, la participation des résidents se résume à valider le choix des menus en fonction des saisons et à sélectionner le thème des repas festifs (Noël, fête des Mères, etc.). La médicalisation de l'alimentation conduit pourtant à une multiplication des situations conflictuelles pendant le service de restauration (Guérin, 2016), mais celles-ci sont relativement peu débattues collectivement. À l'EHPAD « Le Canut », par exemple, une résidente demande avec insistance un second verre de vin rouge pendant le service du déjeuner. Une agente de service hospitalier (ASH) lui répond qu'elle a déjà été servie. La résidente ne comprend pas le motif du refus, et commande, comme elle le ferait au restaurant, à nouveau un second verre de vin rouge. Le service continue, sans satisfaction, bien que la résidente répète à voix haute :

« C'est quoi ce restaurant !? On ne refuse pas de payer ! Qu'on me serve du vin rouge ! » Une ASH s'approche d'elle pour lui signaler qu'il n'y a plus de vin en cuisine, après quoi la résidente s'insurge : « Mais c'est quoi ce restaurant, je n'ai jamais vu ça ! On ne refuse pas de payer pourtant. Qu'on me serve un verre de vin rouge. » Après avoir demandé à l'ASH en question pourquoi on ne peut pas faire une exception, j'obtiens cette réponse : « Cette dame était alcoolique avant, donc on la surveille. Elle répète la même chose tous les midis. On lui ressert et elle oublie qu'elle a bu, donc elle redemande, mais nous on ne peut pas la resservir ! » Ce midi-là, la résidente n'obtient pas satisfaction, et lassée de se répéter vainement, mange son dessert en silence (carnet de terrain, 25 septembre 2012).

L'interaction passe par la mise sous silence, de la part des professionnelles, des conditions de l'hébergement en EHPAD qui n'autorisent pas la consommation d'alcool au-delà d'une certaine quantité. Ainsi, au lieu de rappeler à la résidente les risques associés à une consommation excessive d'alcool, et plus largement le mode fonctionnement de l'établissement et les antécédents médicaux de la résidente, le faux motif de la rupture de stock en cuisine est préféré. Mais comment se mobiliser contre la règle – individuellement ou collectivement – quand celle-ci n'est pas connue ? Et comment, aussi, se mobiliser contre la règle – individuellement ou collectivement – quand celle-ci n'est pas présentée comme négociable ? Cela arrive par exemple chaque fois que les ASH et AS revendiquent l'autorité de la prescription médicale quand un résident refuse de manger ce qui lui est servi, comme la nourriture à texture modifiée par exemple, et ce, sans prendre le temps de communiquer autour de la contestation de celle-ci par les résidents auprès des équipes soignantes. C'est le cas par exemple pour M^{me} Durand qui ne comprend pas pourquoi on lui lave les mains, délivre des médicaments et sert une alimentation « mixée » :



« Mais elles ne sont pas sales ! », s'étonne désagréablement M^{me} Durand quand une ASH de l'EHPAD « Le Cardon » s'approche d'elle, la pompe d'un gel antiseptique en direction de ses mains. « C'est contre les microbes ! Allez, s'il vous plaît, on ouvre les mains. On frotte ! On frotte ! Il faut toujours se laver les mains avant de manger, vous l'aviez appris quand vous étiez petite », lui répond l'ASH en mimant énergiquement le geste à effectuer. La résidente s'exécute. Vient le tour des médicaments, qu'il faut avaler. M^{me} Durand reste interdite après avoir bu une première gorgée d'une solution jaune opaque : « Mais qu'est-ce que c'est ça ? Ah non. Tout pourri. » Puis c'est le service des assiettes qui la déconcerte, comme souvent au moment des repas : « C'est quoi au juste ce que vous me donnez là ? », dit-elle en regardant son plat de résistance, des gnocchis à la bolonaise entièrement mixés par le cuisinier. « M^{me} Durand, rappelez-vous, c'est votre médecin qui l'a recommandé, à cause de vos dents. Mangez s'il vous plaît, ce sont des pommes de terre avec un peu de sauce tomate, rien de plus. » La scène se répète chaque fois que M^{me} Durand découvre qu'elle fait partie des résidents dont la prescription recommande exclusivement des nourritures non solides (carnet de terrain, 13 mai 2014).

Ce type d'arrangement professionnel est fréquent en EHPAD. Il pose la question des possibilités de choisir pour soi-même quand certaines informations ne sont pas données aux résidents à plusieurs reprises, et chaque fois qu'ils le demandent, ou quand une vision très positive de l'alimentation servie leur est donnée de manière artificielle. Une manière de s'arranger avec la réalité, alors qu'en réalité le rejet de la nourriture servie en EHPAD n'est pas le fait uniquement des résidents. En effet, bien que les professionnels des établissements

aient l'opportunité de manger sur place le même menu que les résidents, et à un prix relativement modeste (entre deux et trois euros), peu le font. Rapporter son propre repas de l'extérieur de l'institution est souvent préféré, permettant de tracer une frontière symbolique entre la nourriture des professionnels et celle des résidents. Quand un plateau-repas est commandé en cuisine par les professionnels, ce n'est souvent pas par « goût » pour la nourriture servie mais par défaut : le choix du « mixé » est un choix faute de mieux quand il n'y a pas d'autre disponibilité en cuisine. Ainsi, les professionnels de première ligne rejettent pour eux-mêmes ce qu'ils sont supposés faire accepter aux résidents. Par différenciation, il est donc fréquent de voir les supérieurs hiérarchiques de l'établissement déjeuner en commandant un repas préparé en cuisine, un comportement agissant comme une garantie de la qualité alimentaire de l'établissement, une caution morale.

Ainsi, que cela concerne les arènes de discussion collective ou les interactions pendant le service de restauration, la participation des résidents aux enjeux de fonctionnement de l'EHPAD n'est pas la priorité. Il n'est pas question de débattre sur l'alimentation en fonction du système d'approvisionnement, de préparation et de distribution dans la restauration collective, ni de porter un regard critique sur les contraintes matérielles qui pèsent sur la production alimentaire en EHPAD, encore moins d'interroger la relation de soin qu'impose la prescription de nourritures prescrites médicalement pendant le service de restauration. L'enjeu premier est de produire de l'acceptation de la part des résidents, soit par consultation de l'avis d'une minorité d'entre eux, soit de manière impromptue pendant le service de restauration.

La participation empêchée en EHPAD

Cette seconde partie de l'article se centre sur l'étude des manières de produire de la participation en EHPAD au-delà des seules incitations à participer. À l'échelle locale, nous montrons sur quels outils principaux repose une fabrique de la participation, à la fois minimale et peu propice au changement. Premièrement sur le dossier personnel des résidents, qui représente une manière d'individualiser la prise en charge *a minima*. Deuxièmement sur la forme collective du repas, que les professionnels investissent comme une manière centrale de produire un collectif sans que les résidents en fassent la demande explicite. Dans ce contexte, les personnes âgées sont perçues comme largement incapables de savoir ce qui est bon pour eux. Dans son ensemble, cette partie permet d'appréhender une ambivalence entre l'usage professionnel d'outils de participation et d'outils de régulation des comportements.

Une personnalisation minimale et peu mobile

Au moment de l'admission en EHPAD, des « fiches alimentaires » sont renseignées dans le dossier personnalisé de chaque résident. Entièrement informatisé, le dossier personnalisé comprend deux volets principaux. Premièrement, le « projet de soin » qui précise les soins à fournir, les mesures thérapeutiques mises en œuvre. On y renseigne le poids du résident, son régime alimentaire (alimentation à texture modifiée par exemple), ainsi que ses aversions ou préférences alimentaires éventuelles. Deuxièmement, le « projet d'accompagnement » qui est plus tourné vers la vie quotidienne dans l'établissement. On y renseigne quelques éléments biographiques sous la catégorie « histoire de vie », les habitudes, les centres d'intérêt, la vie affective, les croyances, l'environnement familial. On y retrouve les préférences et aversions alimentaires de chacun afin de mieux les respecter. Ainsi, le volet orienté vers les soins précise le comportement à table ainsi que les précautions, contre-indications et préférences alimentaires qui lui sont associées, et le dossier portant sur l'accompagnement personnalisé précise quant à lui les habitudes alimentaires antérieures à l'institutionnalisation, comme la prise d'une infusion le soir par exemple. Il ne s'agit pas uniquement de savoir ce que les résidents aiment manger ou non, mais aussi d'identifier des pratiques alimentaires individuelles à conserver en priorité dans le quotidien de l'institution, en fonction des possibilités offertes par la vie en collectivité. Avant l'entrée en institution, un questionnaire médical rempli par le médecin traitant et à destination du médecin coordinateur de l'EHPAD évalue le risque de fausse route, la capacité à se servir et à manger seul¹³. Trois niveaux de capacité sont identifiés : « fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement » ; « fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou correctement » ; « ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement ». Le médecin évalue également les addictions à l'alcool et au tabac des personnes âgées et leur sevrage. Des fiches sur les habitudes de vie à remplir directement par le résident renseignent quant à elles les habitudes alimentaires (nombre de repas, préférences alimentaires, boissons, régimes), les intolérances alimentaires et le besoin d'aide à table. À charge ensuite aux professionnels de se référer à ce dossier pendant le service des repas, d'autant plus impérativement dans les situations où les résidents sont jugés incapables de le faire par eux-mêmes. Ainsi classées et archivées, les préférences alimentaires apparaissent constituer un rempart institutionnel contre l'absence de prise de décision des résidents pendant le repas collectif, mais elles ont cependant tendance à figer la participation. En effet, en privilégiant l'usage de l'écrit, l'expression des volontés et des choix se trouve largement immobilisée, plus ou moins durablement en fonction des réévaluations qui en sont faites. D'autre part, les répertoires alimentaires apparaissent assez rudimentaires :

[13] Sont également renseignés les soins techniques à fournir comme les sondes à oxygène ou les sondes d'alimentation.

ils reposent principalement sur le discours des résidents, et celui, surtout, de l'entourage.

D'autres outils de gestion de la participation des résidents sont présents dans les salles à manger. Dans la situation où les résidents sont de plus en plus nombreux à avoir des difficultés à se déplacer seuls pour prendre le repas, à se souvenir de la place qui leur est attribuée à table, et à faire valoir un choix, un système de fiches à l'attention des professionnels est aussi apparu dans les salles à manger comme un outil de travail indispensable au service. Des plans de table affichés sur les murs des différentes salles à manger en sont un exemple. Il s'agit de respecter des configurations spatiales généralement définies par le responsable hôtelier de l'EHPAD. Les plans de table indiquent une place pour chaque résident par la mention du nom de famille, ou plus rarement la présence d'une photo. D'autres fiches fixées sur les tables renseignent les régimes alimentaires à respecter pour chacun. On peut lire, par exemple, « M^{me} Boujon, mixé lisse, eau gazeuse », « M. Boulier, normal, diabétique », ou encore « M^{me} Langoulant, mouliné ». Concernant les résidents identifiés comme très dépendants, des fiches supplémentaires précisent l'aide professionnelle nécessaire pour manger (faire manger à la cuillère notamment), ainsi que l'activité de la journée qui fait suite au repas : sieste pour certains, animations pour d'autres par exemple. Le système de fiche permet le bon déroulement du service malgré des situations qui peuvent le contredire en partie, notamment quand la réponse d'un résident concernant un choix alimentaire est difficile à obtenir, c'est-à-dire aussi quand cette réponse est jugée trop lente par rapport aux cadences du travail. Les professionnels alignent donc leurs pratiques de service selon le contenu des fiches qui peuvent être renouvelées selon les prescriptions du médecin ou les souhaits du résident et/ou de sa famille. Dans un contexte où le *turnover* des équipes est important, cette rationalisation du travail adossée à un système mnémotechnique est devenue déterminante afin d'assurer le service de restauration. Mais ce mode de fonctionnement amalgame implicitement les capacités des résidents – ceux qu'ils sont jugés capables de faire –, les prescriptions médicales – ce qui leur est préconisé – et l'expression de leurs choix. Les marges de manœuvre des résidents s'en trouvent largement diminuées, car c'est principalement la logique médicale qui l'emporte sur l'expression des volontés.

D'autre part, il existe régulièrement des écarts significatifs entre ce qui est consigné par écrit dans le dossier personnel du résident et le service à table. Une observation de la fête des Mères à l'EHPAD « Le Gourmet » permet d'en prendre la mesure. Pour l'occasion, les familles des résidents ont reçu une invitation à déjeuner dans l'établissement. En ce jour de fête, M^{me} Brest (responsable de l'hébergement) supervise le service. Elle a travaillé de nombreuses heures avec la directrice sur l'organisation des plans de table afin que le déjeuner se passe bien ; comme au restaurant, elle espère qu'il n'y aura pas trop d'attente pendant le repas, et surtout que les convives d'une même table seront servis ensemble. Deux commis de cuisine supplémentaires ont été recrutés pour faciliter le travail et accueillir au mieux les trente invités du jour, enfants, petits-enfants, époux

ou épouses des résidents. Munie d'un plan de table, M^{me} Brest commande les assiettes auprès du chef de cuisine et désigne ensuite une ASH ou une AS pour assurer le service en salle :



« M^{me} Brest : — Chef, il nous faut maintenant deux mixés, un mouliné, et un normal pour la table de M^{me} Arvier.

Le chef s'exécute quand Fatou (ASH) s'exclame : — M^{me} Arvier, elle ne mange plus normal maintenant. Elle mange mixé tous les jours à cause de ses problèmes de dents. Elle ne mange plus normal depuis longtemps maintenant.

M^{me} Brest : — Ce n'est pas du tout ce qui est écrit dans son dossier que j'ai consulté pour organiser les plans de table ! Pour moi, d'après notre logiciel commun, M^{me} Arvier est toujours en alimentation normale » [carnet de terrain, 23 mai 2015].

La situation se répète à plusieurs reprises. Des résidents qui, en théorie, sont supposés manger une alimentation normale, moulinée ou mixée selon leur prescription médicale, sont, dans les faits, servis différemment par les ASH. En bousculant les habitudes quotidiennes de service, l'évènement festif permet de mettre au jour de nombreux décalages entre le dossier personnel des résidents et les pratiques quotidiennes. En effet, bon nombre de changements concernant l'assiette d'un résident et l'aide à table qui lui sont données sont négociés de manière informelle au cours du service par les ASH et les AS elles-mêmes, qui ajustent le service en fonction de leurs interactions avec les résidents, mais aussi l'observation *in situ* de leurs comportements. Une ASH m'explique, par exemple, qu'il est préférable de mettre ni fourchette ni couteau à M^{me} Paco, mais seulement une cuillère à soupe pour que la résidente se concentre uniquement sur l'acte de manger. Une pratique qui n'est pas renseignée de manière écrite dans la salle à manger, ni même dans le dossier personnel de la résidente, mais qui prévaut chaque jour : « Et le yaourt, il faut lui donner tel quel, surtout pas le verser dans une autre coupelle parce que cela la perturbe et après elle oublie qu'il faut manger » [carnet de terrain, 29 mai 2014]. Au quotidien, la prise de décision est largement adossée au travail des ASH et des AS. Ainsi, la participation des résidents aux décisions qui les concernent est empêchée pour une part non négligeable, soit parce qu'elle est figée sous forme minimale à l'écrit dans des dossiers auxquels ils n'ont pas d'accès direct, soit parce qu'elle est adossée aux choix des professionnels de première ligne qui connaissent de rapides cadences de travail.

Un collectif sous contrainte, façonné de l'extérieur

La situation collective du repas elle-même résulte peu d'une demande de la part des résidents. Le repas collectif s'inscrit plus largement dans un discours

public et institutionnel selon lequel « manger ensemble » est indispensable (Guérin, 2016). Ainsi, le repas collectif apparaît plus largement sous la forme d'une contrainte de l'hébergement à laquelle l'ensemble des résidents doivent se conformer. Le repas collectif est en effet une règle imposée à l'ensemble des résidents au moment du déjeuner, qui remet en cause la possibilité de décider pour soi-même d'y prendre part ou non. Mis à part le déjeuner, aucune autre situation collective ne leur est imposée. Les résidents sont certes vivement encouragés à participer aux animations l'après-midi, mais ils ne sont jamais tenus de le faire. Au contraire, le déjeuner collectif en EHPAD est valable pour la quasi-totalité des résidents. Pour y déroger, il faut détenir un justificatif médical autorisant à manger dans la chambre ou recevoir une visite extérieure et prendre son repas dans une autre salle réservée à cet effet. Au quotidien, de multiples situations rendent difficile la formation de ce collectif de résidents. Non seulement il faut rappeler à bon nombre de résidents qu'il est l'heure de déjeuner, les accompagner dans les salles à manger, mais aussi faire en sorte que certains d'entre eux restent assis à table durant tout le service. Les résidents, qui par oubli ou par choix, restent dans leur chambre alors que le service a commencé sont bientôt rappelés à l'ordre par les ASH qui viennent les chercher pour y prendre part, et ainsi se comporter « comme tous les autres ». Pourtant, nombreux sont ceux qui ne souhaitent pas y venir tous les jours. Des rappels répétés de la part des professionnels sont alors nécessaires, en particulier quand un résident se lève de table au beau milieu du service et circule hors des salles à manger. Le maintien du repas collectif sous la forme d'une présence délibérée et indépendante de la part des résidents suppose des pratiques professionnelles visant à rappeler les règles du service de restauration, ou faire en sorte qu'elles soient respectées. Il s'agit par exemple d'actionner le frein du fauteuil roulant afin que certains résidents soient fixés à la place qui leur est réservée à table, et limiter certains entrechoquements. Les places à table sont majoritairement choisies par les équipes plutôt que par les résidents, les horaires de repas fixes, et les régimes alimentaires supervisés médicalement. Des situations qui favorisent le mécontentement des résidents alors qu'il est concrètement impossible pour les équipes de réorganiser l'ensemble des plans de table et des salles à manger chaque fois qu'un résident entre dans l'établissement. De manière générale, les ASH et les AS mangent dans une salle à part, indépendamment des résidents. L'alimentation est donc à la fois dépréciée par les résidents et les professionnels. Une réalité quotidienne dont j'ai pris d'autant plus conscience au moment où la responsable hôtelière de l'EHPAD « Le Gourmet » me posa cette question délicate : « Mademoiselle, imaginez un instant que vous entriez dans notre établissement pour y finir vos jours, honnêtement auriez-vous envie de manger ce que l'on y sert ? » Ma réponse négative ne provoqua, à ma grande surprise, aucun étonnement de sa part (carnet de terrain, 17 avril 2015). Mais là où les professionnels déploient des stratégies pour ne pas manger le repas proposé par l'établissement en apportant leur propre repas par exemple, les résidents n'ont souvent d'autres possibilités que de l'accepter ou de le refuser en partie ou totalement.

Des actions individuelles d'opposition

Cette troisième partie de l'article se centre sur « des formes buissonnières de participation » (Neveu, Vanhoenacker, 2017) des résidents. Dans un contexte de participation à la fois obligée et empêchée, nous analysons des actions, à l'image des adaptations secondaires décrites par Erving Goffman, qui ont lieu pendant le service de restauration et qui prennent la forme illégitime de la contestation. Elles consistent majoritairement à « s'abstenir de participer à certaines activités prescrites, ou y participer d'une manière ou dans une intention qui n'est pas conforme aux prescriptions » (Goffman, 1968, p. 242). Nous montrons que ces manières d'agir se concrétisent de manière récurrente par le rejet alimentaire à l'échelle individuelle, de manière provisoire et extraordinaire. Individuels et micrositués, plutôt que collectifs et partagés, les rejets alimentaires constituent des réponses de la part des résidents dans un cadre institutionnel où la participation à la question alimentaire dans sa globalité est peu permise. Et puisque ces adaptations secondaires concernent majoritairement des résidents, parlant en leur nom, nous centrons l'attention sur les situations de M^{me} Anderson et de M. Canne.

Le rejet alimentaire

En EHPAD, ce n'est pas nécessairement parce que les résidents n'ont pas faim qu'ils choisissent de délaissé une partie ou l'ensemble du repas. Nombreux résidents rejettent plus ou moins fortement, et par des actions différenciées, le travail qui consiste à garantir leurs consommations alimentaires dans le cadre d'une prise collective des repas. Le rejet alimentaire est aussi une opposition quotidienne passant facilement inaperçue dans le quotidien de l'institution, à l'image d'un résident qui lance sa fourchette par terre ou d'un autre qui reste la bouche close. Il ne correspond pas uniquement au refus catégorique de manger, mais s'inscrit dans un continuum allant de formes minimales de dépréciations du service de restauration jusqu'à des formes radicales du refus de s'alimenter, en passant par des modes intermédiaires qui consistent à refuser de manger une forme alimentaire particulière, comme le mixé. Autrement dit, le rejet alimentaire comprend une pluralité de situations, et pas uniquement l'arrêt de nutrition.

De manière fréquente, l'opposition passe par la formulation de critiques du repas pendant le service de celui-ci. C'est le cas par exemple de M^{me} Leduc à l'EHPAD « Le Gourmet » qui est connue pour déprécier de manière systématique ce qui est servi chaque jour, mais ne prononce quasiment pas de reproche à l'égard du contenu des assiettes pendant la commission des menus. Elle me prend à partie au cours d'un déjeuner pour me dire que le repas ne vaut rien, et met un doigt devant sa bouche afin que je garde le silence avant d'ajouter : « C'est entre nous ! » Peu de critiques sont donc émises par les résidents dans le cadre du CVS, des commissions menus ou encore des livrets de réclamations

mis à leur disposition dans les salles à manger, comme le note le chef cuisinier à l'EHPAD « Le Gourmet » : « Au moins dans un resto traditionnel, si le cuistot est mauvais eh bien les clients ils ne reviennent pas, c'est un vrai apprentissage. Ce n'est pas le cas ici... Ce qui me manque le plus ce sont de vrais clients » (carnet de terrain, 13 septembre 2013). Dans les univers de croyance des résidents, les professionnels en charge de la direction des établissements sont aussi représentés comme des surveillants pouvant sanctionner toute critique ou comportement inadapté, et, comme je l'ai parfois entendu, « faire sortir de la maison », c'est-à-dire expulser les résidents de l'établissement. Ce rapport de pouvoir transparait dans les manières qu'ont certains résidents de nommer les soignants et les soignantes, les « maîtresses » ou « maîtresses d'école » ou bien les « chefs de rang ». Pour une part non négligeable, il semble donc difficile pour les résidents de se saisir des dispositifs participatifs institués dans les établissements, car la peur d'être expulsé ou de subir des représailles est présente à l'esprit de bon nombre d'entre eux. Les critiques pendant la prise des repas sont donc préférées.

Aux yeux des professionnels de première ligne, ces critiques sont peu perçues comme des formes de participation dissimulée. Elles attestent plus largement à quel point certains résidents sont difficiles à satisfaire. En effet, les ASH et les AS distinguent régulièrement deux catégories de résidents. Les premiers, « les opposants », sont décrits comme les plus difficiles à satisfaire, car ayant des ressources interactionnelles suffisantes pour refuser, critiquer le service à table – certains d'entre eux le faisant parfois constamment. D'un autre côté, les résidents les plus passifs sont identifiés comme les plus faciles : des résidents qui ne disent rien, quoi qu'on leur serve à manger, et qui ouvrent la bouche, mâchent, et avalent de manière répétée et régulière jusqu'à ce que leur assiette soit terminée. La relative absence de communication verbale de leur part fait d'eux, aux yeux de nombreuses ASH, des résidents qu'elles préfèrent servir pour ne pas avoir à affronter les critiques récurrentes de certains autres. Au cours du service du déjeuner, Dalida (ASH) m'explique pourquoi une des tables de la salle à manger est surnommée la « table des VIP » par elle et ses collègues :

« Elles ne sont jamais contentes ces femmes-là ! Ce sont des résidentes qui ont toujours quelque chose à redire, quoi que tu fasses. T'as beau essayer de les satisfaire, impossible. Par exemple, au moment de l'entrée, tu vas leur servir des tomates. Une résidente va te dire qu'elle veut autre chose. À ce moment-là, les autres résidentes de la même table vont trouver quelque chose à redire aussi. C'est parti pour une critique générale. Toi tu vas chercher en cuisine le menu de substitution, ou autre chose. Tu reviens. Tu sers. Mais ça ne va pas... trop de sauce, pas assez, trop chaud ou trop froid. J'en passe... il y a toujours quelque chose à redire. Elles te font tourner en bourrique ! Vraiment, on essaye d'en rire en les appelant les VIP, mais ce n'est pas drôle, ce n'est

pas drôle du tout en fait... certains jours, tu deviens complètement barge ! » (carnet de terrain, 12 septembre 2012).

Les résidents qui critiquent fréquemment le service et les plats sont, selon l'avis de nombreuses ASH, plus difficiles à gérer que ceux qui restent mutiques et inertes pendant tout le repas. Leur servir un repas revient souvent à réguler leurs critiques, et consiste souvent, pour reprendre l'expression utilisée par un ASH à « noyer le poisson ». À l'image de cette interaction de service au cours de laquelle une résidente demande deux fois le même yaourt, et à laquelle une ASH répond ainsi : « Mangez d'abord celui-ci et je vous en ramène un autre si vous terminez le premier ». La résidente, mécontente mange le premier yaourt, mais l'ASH, par manque de temps, par oubli ou par choix, ne vient pas lui servir le second pourtant promis.

Le refus de nutrition n'est pas représenté non plus comme l'exercice d'un pouvoir. Il est volontiers perçu comme un indice de dégénérescence corporelle et un moyen d'anticiper le décès des résidents. Ainsi, le rejet alimentaire est en premier lieu associé à un trouble plutôt qu'un acte indépendant et délibéré. Au-delà de plusieurs jours, il est même représenté comme une crise suicidaire du résident qu'il faut prévenir et contrôler formellement. Le grand âge amenant fréquemment des formes de discrédit au cours des interactions (Brossard, 2013), les plaintes des résidents concernant l'alimentation en EHPAD, qu'il s'agisse de critiques ou de refus alimentaires, sont donc fréquemment reléguées dans le domaine du dysfonctionnement corporel, celui, donc, d'une ontologie particulière de la personne âgée ayant perdu le goût et l'odorat plutôt qu'une protestation fondée sur des réalités concrètes.

La pathologisation des choix

Résidente depuis un mois, M^{me} Anderson (87 ans) est venue à l'EHPAD « Le Gourmet » sur les conseils de ses voisins d'un immeuble bourgeois du cinquième arrondissement de Paris qui « s'inquiétaient pour elle ». Fille d'un bactériologiste anglais et d'une mère au foyer française, la résidente est une ancienne professeure de langue. Elle fait partie des résidents « autonomes sur le déclin » selon les termes d'une AS, une résidente qui sort encore seule de l'établissement avec une canne malgré des pertes de mémoire de plus en plus fréquentes et une motricité fragile. M^{me} Anderson m'accueille quelques fois dans sa chambre. Elle s'étend sur le lit et je m'assieds dans son grand fauteuil. Un après-midi, la résidente me confie être choquée par certaines manières de faire dans l'établissement. Le désagrément concerne un repas du soir, quand soucieuse de sa ligne, elle avait mangé uniquement l'entrée et le plat principal, laissant de côté le fromage et le dessert, qu'elle trouvait un peu trop gras. S'en suivit alors selon ses mots « un véritable interrogatoire ». Les professionnels en charge du service étaient venus les uns après les autres lui demander les raisons de son refus, ajoutant qu'il était important de bien manger. L'information

avait circulé rapidement, si bien qu'un matin la directrice elle-même l'interpella au détour d'un couloir :



« Alors, dites-moi, vous ne mangez plus trop ces temps-ci ? », ce à quoi la résidente répondit qu'elle n'avait pas beaucoup d'appétit en ce moment, désagréablement étonnée de devoir se justifier de son habitude un peu banale, de manger en petites quantités le soir (carnet de terrain, 12 septembre 2013).

Célibataire, sans enfant, possédant un fort capital culturel et économique, M^{me} Anderson me parle à plusieurs reprises de ce qu'elle nomme « les autorités de la maison », contre lesquelles elle s'oppose vivement, sans pourtant oser dire mot de peur d'être mise « à la porte ». À plusieurs reprises, elle juge de mauvaise qualité la nourriture qu'on lui sert et de mauvaise compagnie les résidents qui partagent sa table durant le déjeuner : « Ce sont des personnes très bien, mais qui n'ont plus toute leur tête, faut dire ce qui est ». M^{me} Anderson ne comprend pas pourquoi l'attention sur ses consommations alimentaires est si importante de la part du personnel :



« Moi je ne dis rien, mais il y a des choses que je trouve vraiment bizarres ici, quand on me demande avec insistance pourquoi je ne prends pas de dessert le soir. Je n'ai jamais mangé en grande quantité le soir, c'est une habitude, rien d'autre. Le fromage et le dessert, j'ai toujours évité avant de dormir. Ce n'est pas que je me prive, mais j'ai toujours fait comme cela. Quand on est jeune, ça n'a pas beaucoup d'importance, mais au fil des années il faut bien faire attention si on veut s'entretenir un peu » (carnet de terrain, 12 septembre 2013).

Les autorités qu'elle désigne correspondent aux ASH et AS, mais surtout à la direction de l'établissement. En même temps, M^{me} Anderson oublie régulièrement son sac à main à différents endroits dans l'établissement, au point que la responsable hébergement me signale que la résidente en question est dans une période de perte rapide de capacité : M^{me} Anderson cherche désespérément « deux bébés perdus » que son mari imaginaire serait parti chercher au commissariat (carnet de terrain, 23 mai 2015). Dans ce contexte, la critique relative à la question alimentaire n'est plus abordée au cours de nos échanges : cela signifie-t-il qu'elle est satisfaite ? S'agit-il d'une forme de « déprise » (Caradec, 2007) ? Le cadre institutionnel lui a-t-il définitivement interdit de faire entendre quelque chose de sa critique ? Ces questions restent pour une grande part sans réponse au fil de l'enquête. En EHPAD, le rejet alimentaire est en premier lieu associé aux difficultés individuelles, à un trouble plutôt qu'un acte indépendant et délibéré. La catégorie « souffrance psychique » est couramment utilisée en EHPAD pour désigner l'impuissance des professionnels à faire face aux comportements déviants des résidents (Trépiéd, 2015). L'interprétation du comportement perturbant comme signe de mal-être est une manière de faire

face à l'ensemble des actes qui dérogent à la vie institutionnelle et communautaire (Trépiéd, 2015, p. 67). L'opposition est alors nommée en fonction d'une terminologie médicale (Conrad, Schneider, 1992).

En pratique, il revient souvent aux professionnels de première ligne, notamment les ASH et les AS, de décider sur le vif, et non sans embarras, si le refus alimentaire est un choix délibéré ou un trouble du comportement. J'avance ici l'idée que la compréhension dominante du rejet alimentaire des résidents en termes de dysfonctionnement psychique et corporel lié au processus dégénératif du vieillissement invisibilise une compréhension différente du rejet alimentaire, comme stratégie de contournement des règles et choix délibéré du refus de soins.

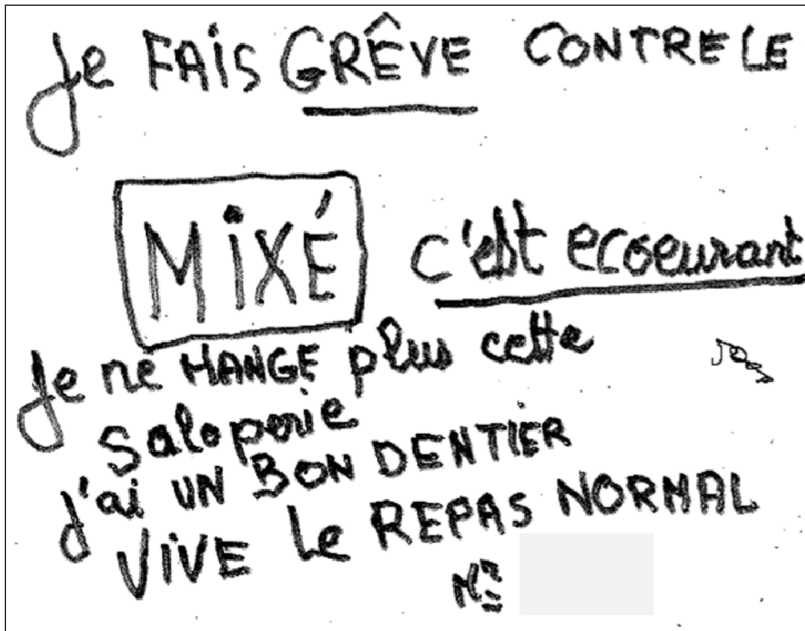
Une grève de la faim extraordinaire

Dans un contexte où de nombreux résidents sont identifiés en situation d'incapacité, dans quelle mesure le rejet alimentaire est-il considéré comme une résistance à une contrainte professionnelle, et non la seule manifestation d'une vulnérabilité ? Plus concrètement, pour quelles raisons refuser ou accepter de servir un plat « normal » à un résident qui le demande avec insistance alors que son traitement médical prévoit une alimentation sous forme mixée ? La question du consentement « à être nourri » traverse le quotidien des pratiques professionnelles, en particulier dans les unités de vie protégées dans lesquelles beaucoup de résidents sont nourris à la cuillère par les AS, mais reste relativement peu pensée indépendamment des cas particuliers. Un doute embarrassant traverse pourtant le service de restauration : comment faire faire quelque chose à des personnes qui ne l'ont pas demandé ? (Hennion, Vidal-Naquet, 2015). En d'autres termes, comment faire manger des personnes qui le refusent ?

Arrivé récemment à l'EHPAD « Le Cardon », M. Canne mange des aliments entièrement mixés selon la prescription de son médecin, et ce, malgré son refus. À chaque déjeuner, le résident est assis à une table où il est le seul à manger des aliments qui ont été réduits sous forme de purée qu'il s'agisse de l'entrée, du plat de résistance, ou du dessert. Le résident demande à manger de la même manière que les autres convives de sa table, comme le renseigne le médecin traitant dans son dossier médical : « Me dit qu'il ne dort pas. Me demande pour manger normal, je lui réexplique la raison du mixé » (carnet de terrain, 17 juin 2014). La requête est faite à plusieurs reprises de la part du résident, sans succès : « Se sent mal, ne veut pas manger, mais veut bien boire son verre de vin rouge qui lui est toujours servi alors qu'il est en alimentation mixée avec eau gazeuse » (carnet de terrain, 17 juin 2014). N'ayant pu faire valoir son choix, M. Canne décide délibérément de commencer une grève individuelle pendant les repas, pour ne plus avoir à manger des aliments mixés. L'événement n'est pas renseigné dans le dossier médical, mais il m'est raconté par la directrice de

l'établissement qui a conservé le document que le résident a déposé sur la table en signe d'opposition. Sous forme manuscrite, on peut y lire :

Figure 1. La mobilisation de M. Canne



À la découverte de l'objet de contestation, les ASH et les AS contactent directement la responsable hôtelière, puis la responsable hébergement, et enfin la directrice de l'établissement, cette dernière intervient directement auprès du résident :

« J'ai dit à M. Canne que je le comprenais sincèrement, mais que j'étais vraiment très embêtée vis-à-vis des travailleurs en cuisine qui viennent tous les jours très tôt pour préparer et modifier les plats. Je lui ai demandé comment j'allais pouvoir gérer une telle critique. Cette critique du mixé, c'est aussi une critique du travail du personnel qui essaye de faire un bon repas pour tous les résidents. Ils le font à la sueur de leurs fronts, faut voir. J'ai voulu le sensibiliser à cette idée-là parce que j'étais presque sûre que ça marcherait vu que c'est un monsieur qui a travaillé dur toute sa vie. Après cela, le médecin a revu à la baisse la prescription concernant l'alimentation mixée, et le résident ne s'est plus jamais plaint » (carnet de terrain, 10 juin 2014).

En EHPAD, le travail des professionnels consiste fréquemment à produire de l'acceptation de la part des résidents. Quand cette acceptation n'est pas obtenue par les professionnels de première ligne, il revient souvent à leur hiérarchie d'intervenir : psychologue, médecin, mais aussi responsable du soin ou de l'hébergement, et enfin directeur d'établissement font valoir leur statut plus ou moins dominant dans l'institution pour déterminer la ligne de conduite à adopter auprès du résident et obtenir son consentement. Distinguons deux modes opératoires. Premièrement l'acceptation du résident est produite au moment du repas par les professionnels de première ligne et consiste fréquemment à convoquer un élément propre au fonctionnement du service de restauration pour justifier la nécessité d'accepter un type de comportement alimentaire. Deuxièmement, l'acceptation du résident s'exprime hors des temps de repas. Elle est travaillée et négociée pendant les réunions d'équipe, et plus ou moins obtenue au cours d'un entretien avec le résident ou sa famille. La convocation d'un élément biographique est fréquente : il s'agit de prendre en compte un événement de la trajectoire sociale antérieure à l'institutionnalisation qui serait susceptible de résoudre le désordre alimentaire et rétablir l'ordre social de l'établissement. Au cours de l'entretien avec M. Canne, c'est bien le statut professionnel du résident qui est mobilisé par la directrice de l'établissement, et plus précisément la capacité à être solidaire de son groupe social d'appartenance. Dans son dossier médical est noté : « a travaillé dans la métallurgie avec une activité syndicale importante » [carnet de terrain, 21 août 2014]. Pendant l'interaction entre M. Canne et la directrice, l'acte individuel de grève alimentaire est mis en porte à faux avec le travail collectif en cuisine. L'idée du rejet du travail effectué suggère au résident un comportement contradictoire avec ses revendications salariales antérieures. L'acceptation passe ici par une stratégie de détournement qui consiste à dire que le résident ne refuse pas le « mixé » en tant que prescription médicale, mais en tant que production de la force de travail de l'établissement.

La lutte contre la dénutrition fait consensus dans les recommandations de santé publique et les pratiques professionnelles en EHPAD, elle participe à constituer le repas en soin, sans que son corollaire, le refus de soin, soit décrit et pensé comme une forme de participation possible de la part des résidents. Pourtant, les résidents en EHPAD manifestent régulièrement des résistances à l'action qui consiste à les faire manger, même dans les situations de mutisme prononcées. Microsituées et peu visibles, ces formes d'opposition sont révélatrices d'une relation de service de restauration fortement asymétrique, à l'origine de tensions quotidiennes. Selon les résidents, la lutte contre la dénutrition est absente. Ils considèrent que refuser ou accepter de manger ne relève pas de la question de la prévention et de la prise en charge d'un problème médical de dénutrition. Le rejet alimentaire lui-même est pris dans un mouvement de pathologisation, puisqu'il est désigné en premier lieu comme la manifestation d'un trouble du comportement ou d'un dysfonctionnement corporel, plutôt que comme un choix individuel.

Conclusion

À travers le prisme de l'alimentation, la vie collective qui se dessine en EHPAD s'avère peu propice à la participation sociale au sens de mobilisation collective. Si la dignité humaine occupe aujourd'hui une place centrale dans les débats éthiques touchant la santé et le corps, en particulier en ce qui concerne les personnes âgées dites dépendantes, la question de l'alimentation est très peu prise en compte en comparaison avec d'autres besoins fondamentaux comme le droit au respect des liens familiaux, le droit à la protection ou encore le droit à la pratique religieuse. Le droit des résidents à participer aux décisions qui les concernent dans le domaine alimentaire est largement absent des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, alors même qu'une forte médicalisation des pratiques alimentaires s'est imposée dans les établissements ces quarante dernières années. La lutte contre la dénutrition contraint en effet de manière non négligeable les comportements à table, et le repas collectif lui-même apparaît être un commun façonné de l'extérieur. Les résidents sont certes incités à participer dans des instances collectives instituées, mais l'alimentation y est abordée majoritairement de manière consultative, en termes de choix des menus. De nombreuses tensions quotidiennes dans les établissements y sont passées sous silence, comme celles provoquées par la prescription médicale de régime à texture modifiée ou encore la restriction de la consommation d'alcool. Observer les interactions quotidiennes au cours des repas en EHPAD laisse cependant apercevoir une version minimale de la participation des résidents, peu reconnue comme telle par les professionnels de première ligne. Elle consiste à faire entendre sa voix, par la négative et de manière individuelle, en rejetant l'alimentation. Cette forme de participation buissonnière a cela de paradoxal qu'elle conduit à légitimer la lutte contre la dénutrition, car le rejet alimentaire est moins interprété comme une prise de parole en vue de négocier des marges de pouvoir que comme un trouble du sujet âgé.

Bibliographie

- ANESM, 2011a, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Programme Qualité de vie en Ehpad. De l'accueil de la personne à son accompagnement (volet 1)*, Paris, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ANESM, 2011b, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Programme Qualité de vie en Ehpad. Le cadre de vie et la vie quotidienne (volet 2)*, Paris, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- ANESM, 2012a, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Programme Qualité de vie en Ehpad. La vie sociale des résidents en Ehpad (volet 3)*, Paris, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

- ANESM, 2012b, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Programme Qualité de vie en Ehpad. L'impact des éléments de santé sur la qualité de vie (volet 4)*, Paris, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Blondiaux L., Fourniau J.-M., 2011, « Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ? », *Participations*, 1, p. 8-35.
- Bresson M., 2014, « La participation : un concept constamment réinventé », *Socio-logos*, 9, <http://journals.openedition.org/socio-logos/2817> (accès le 19/12/2018).
- Brossard B., 2013, « Jouer sa crédibilité en consultation mémoire. Les personnes âgées face à l'évaluation cognitive », *Sociologie*, 4 (1), p. 1-117.
- Caradec V., 2007, « L'épreuve du grand âge », *Retraite et Société*, 52, p. 11-37.
- Cardon P., 2009, « Les effets de la mobilité résidentielle des retraités sur leur alimentation », *Recherches familiales*, 6, p. 105-115.
- Cardon P., Gojard S., 2008, « Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement », *Retraite et Société*, 56, p. 169-193.
- Cefai D., Carrel M., Talpin J., Eliasoph N., Lichterman P., 2012, « Ethnographies de la participation », *Participations*, 4, p. 7-48.
- Conrad P., Schneider J. W., 1992, *Deviance and medicalization: from badness to sickness*, Philadelphie, Temple University press.
- Conseil national de l'alimentation, 2005, *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*, avis n° 53, 15 décembre 2005, http://agriculture.gouv.fr/sites/minagri/files/documents/pdf/avis_cna_53_personnes_agees-2_cle8f3e6d.pdf (accès le 19/12/2018).
- DREES, 2011, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossier solidarité et santé*, 18, 73 p., <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article18.pdf> (accès le 19/12/2018).
- Éloi M., Martin Ph., 2016, *Éthique et individualisation de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en établissement. Règles, pratiques et représentations*, Université de Bordeaux, rapport de recherche, halshs-01292.
- Éloi M., Martin Ph., 2017, « La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations », *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 21-40.
- Fassin D., Hauray B., 2010, *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte.
- Goffman E., 1968, *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux et aux autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit.
- Guérin L., 2016, « "Faire manger" et "jouer le jeu de la convivialité" en Ehpad. De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas », *SociologieS*, <https://journals.openedition.org/sociologies/5404> (accès le 04/12/2018).

- HAS, 2007a, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, Haute Autorité de santé.
- HAS, 2007b, *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, Paris, Haute Autorité de santé.
- Hédouin A., 2004, « Observer la mort », *Ethnologie française*, 34 (4), p. 699-706.
- Hennion A., Vidal-Naquet P., 2015, « La contrainte est-elle compatible avec le care ? Le cas de l'aide et du soin à domicile », *European Journal of Disability Research*, 9 (3), p. 207-221.
- Lucas B., Lloren A., 2008, « La vieille dame et le politique : la participation électorale des personnes âgées dépendantes », *Éthique publique*, 10 (2), <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/1479> (accès le 04/12/2018).
- Mallon I., 2004, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Martin C., 2014, *Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France. Analyses micro-économétriques*, thèse pour le doctorat de sciences économiques, Université Paris-Dauphine.
- Mathieu L., 1999, « Une mobilisation improbable : l'occupation de Saint-Nizier par les prostituées lyonnaises », *Revue française de sociologie*, 40 (3), p. 475-499.
- Neveu C., Vanhoenacker M., 2017, « La participation buissonnière, ou le secret dans l'ordinaire de la citoyenneté », *Participations*, 19, p. 7-22.
- Overney L., 2017, « Prendre (sa) part. Habiter, c'est participer », *Participations*, 19, p. 23-48.
- Prévot J., Weber A., 2009, « Participation et choix des personnes âgées vivant en institution », *Retraite et société*, 59, p. 181-193.
- Rimbert G., 2005, « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, 54, p. 93-104.
- Trépied V., 2015, *Devenir dépendant. Approche sociologique du grand âge en institution*, thèse pour le doctorat de sociologie, Paris, École des hautes études en sciences sociales.

Abstract—The bottom line is that they eat. Invited or prevented participation of residents in residential care homes (EHPAD)

What choices are given to the residents of care homes (EHPAD)? Based on an ethnographic approach centered on food, this article once again raises the question of the participation of dependent elderly living in care homes. It analyzes the participation both as recommended in public health policies, and as materialized in care homes. It shows how the fight against undernutrition makes it difficult to understand the refusal of food as a deliberate and participatory act on the part of residents.

Keywords EHPAD, Residential care home, Alimentation, Dependent elderly people, Prevented participation, Invited participation

Docteure en sociologie, **Laura Guérin** a réalisé une ethnographie des pratiques alimentaires en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle est spécialisée en sociologie de la santé, du vieillissement et du travail. Actuellement post-doctorante au Centre Max Weber, elle participe au programme franco-québécois « Acsedroits » coordonné par Benoît Eyraud et Anne Saris qui porte sur l'accès aux droits pour les personnes âgées en situation de vulnérabilité cognitive. Elle centre l'attention sur la question des soins, en prenant en compte la régulation des pratiques alimentaires à l'hôpital et l'accès au droit dans ce domaine.

**Mots-clés**

EHPAD, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, alimentation, participation sollicitée, participation empêchée, personnes âgées