



**HAL**  
open science

## Vieillesse et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution

Philippe Cardon

► **To cite this version:**

Philippe Cardon. Vieillesse et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution. Cahiers d'Economie et de Sociologie Rurales, 2007, 82-83, pp.139-166. hal-01201142

**HAL Id: hal-01201142**

**<https://hal.science/hal-01201142>**

Submitted on 17 Sep 2015

**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.

Vieillesse et délégation  
alimentaire aux aides à domicile :  
entre subordination,  
complémentarité et substitution

*Philippe CARDON*

Philippe CARDON \*

### *Ageing and food delegation to professional home helps: Between subordination, complementarity and substitution*

*Summary* – The elderly way of life can be affected by the intervention of professional home help. One less known aspect of these transformations is related to food. This article is based on the interviews of elderly persons, of professional home helps and on an investigation in associations of help services. It gives some clues to analyse the effects of these interventions on food behaviour. At first, we study the professional practices of home helps that are emerging between their cooking knowledge and dietary recommendations coming from associations of help services (capacity of diagnosis, capacity of instructions). Then the article analyses how the elderly integrate (or not) dietary recommendations into their food practices (resistance, negotiation and acculturation). Finally, we propose a typology of food delegation (subordination, complementarity and substitution) and of its effects on food behaviour of the elderly (conservation or transformation). This typology is based on the analysis of interactions between the different actors.

*Key-words:* sociology, food, the elderly, professional home help, food delegation, dietary instructions and norms, "programme national nutrition santé"

### Vieillesse et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution

**Résumé** – L'intervention des aides à domicile auprès des personnes âgées participe des transformations de leur cadre de vie. Un des aspects les moins connus de ces modifications concerne l'alimentation. L'enquête menée auprès de personnes âgées, d'aides à domicile et d'associations de service d'aide à domicile permet de préciser les effets de ces interventions sur les comportements alimentaires. L'article analyse, dans un premier temps, les pratiques professionnelles des aides à domicile, entre leurs propres savoirs culinaires et les recommandations et savoirs diététiques émanant des associations-employeurs (pouvoir de diagnostic, pouvoir de prescription). Il étudie ensuite la manière dont les personnes âgées intègrent ou non les recommandations diététiques dans leurs propres pratiques alimentaires (entre résistance, négociation et acculturation). L'analyse des interactions entre les différents acteurs permet alors de proposer une typologie de la délégation alimentaire (subordination, complémentarité, substitution) et de ses effets sur les comportements alimentaires des personnes âgées (maintien ou transformation).

**Mots-clés :** sociologie, alimentation, personnes âgées, aide à domicile, délégation alimentaire, prescriptions et normes diététiques, programme national nutrition santé

\* *Laboratoire de recherche sur la consommation (CORELA), INRA, 65 boulevard de Brandebourg, 94205 Ivry-sur-Seine cedex  
e-mail : cardon@ivry.inra.fr*

DEPUIS la mise en place en France, en janvier 2002, de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) destinée aux personnes âgées, on observe une augmentation importante des interventions des « aides à domicile »<sup>1</sup> qui viennent le plus souvent compléter ou remplacer l'aide de membres de la famille, de voisins, voire d'amis. Ces interventions participent aux changements du cadre de vie des personnes âgées. Un des aspects les moins connus de ces transformations concerne les activités liées à l'alimentation (approvisionnement, préparation des repas), assurées par une aide à domicile. La délégation<sup>2</sup> totale ou partielle de l'approvisionnement alimentaire augmentant avec l'âge et s'exerçant de plus en plus hors du cercle du ménage et de la parenté, il s'ensuit une moindre maîtrise du choix des produits par les personnes elles-mêmes et leur alimentation s'en trouve transformée (Gojard et Lhuissier, 2003). C'est précisément l'impact de la délégation de l'approvisionnement alimentaire (voire de la préparation des repas) à un tiers professionnel sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile que nous interrogeons ici<sup>3</sup>.

La délégation des activités liées à l'alimentation à une aide à domicile pose alors deux problèmes théoriques :

- le statut de la personne qui prend en charge les activités liées à l'alimentation ;
- la nature de la relation entre cette dernière et la personne âgée : dans le cadre de l'alimentation, s'agit-il d'aide, de remplacement, de substitution ? Sur quoi se fonde cette relation ? Qu'est-ce que cela implique du point de vue des comportements alimentaires de la personne âgée ? Le type de relation conduit-il à des transformations alimentaires et si oui, de quel ordre ?

L'analyse porte sur l'étude d'une cinquantaine de situations de personnes de différentes catégories sociales, vivant à domicile (seules ou en couple), ayant « toute leur tête »<sup>4</sup> et âgées de 75 à 90 ans. Des incapacités physiques (difficultés à se déplacer, problèmes de vue, etc.) les amènent à avoir recours à une aide à domicile qui prend en charge les activités liées à l'alimentation. L'analyse se fonde sur des

---

<sup>1</sup> L'appellation « aide à domicile » recouvre trois catégories de « statut » : les agents de catégorie A (aucune formation diplômante), les employées à domicile de catégorie B (détentrices d'une partie du diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale : DEAVS), les auxiliaires de vie de catégorie C (détentrices du DEAVS).

<sup>2</sup> Nous reprenons ici, en partie, la définition de la délégation telle que proposée par Vincent Caradec dans sa typologie de gestion des situations de « (dé)prise » chez les personnes âgées : « elle consiste à confier à un proche la réalisation de l'activité délaissée » (Caradec, 2004, p. 116). Bien que, dans sa typologie, la délégation renvoie aux proches (généralement les enfants), nous l'entendons dans une acception plus large, englobant en particulier les intervenants à domicile (dont les aides à domicile) à qui sont « confiées » les activités liées à l'alimentation.

<sup>3</sup> Nous présentons ici certains résultats d'une recherche en cours portant sur les facteurs des transformations alimentaires des personnes âgées vivant à domicile (Alimentation et vieillissement. Impacts des modifications du cadre de vie sur les pratiques alimentaires, Philippe Cardon, CORELA, INRA Ivry).

<sup>4</sup> Ne sont pas prises en compte les personnes atteintes de maladie psychique (Alzheimer, etc.) conduisant à une incapacité mentale.

entretiens auprès des personnes âgées, et également auprès des aides à domicile<sup>5</sup>. Dans certaines situations, les aides à domicile s'occupent uniquement des courses alimentaires ; dans d'autres, elle prennent en charge également la préparation des repas. Quelquefois, les courses alimentaires sont faites par un enfant, l'aide à domicile s'occupant ensuite de la préparation des repas. L'enquête intègre en plus une observation ethnographique des espaces liés à l'alimentation (cuisine, lieux de stockage, etc.), et également l'analyse de listes de repas réalisées par les personnes âgées sur une dizaine de jours<sup>6</sup>. Parallèlement, des entretiens ont été réalisés auprès des responsables (directeurs) et des salariés (responsables développement, diététiciens) de quatre associations d'aide à domicile (ADMR, ASSAD<sup>7</sup>) pour lesquelles les questions alimentaires sont au cœur de l'intervention auprès des personnes âgées. Il s'agit ainsi d'étudier les comportements alimentaires co-construits dans les interactions entre professionnels (employeurs et employées) et personnes âgées. Pour cela, nous interrogeons la façon dont les associations intègrent l'alimentation dans l'activité professionnelle des aides à domicile, la manière dont ces dernières envisagent la place de l'alimentation dans leur activité professionnelle, enfin les attentes des personnes âgées en matière d'intervention à domicile au niveau alimentaire.

L'hypothèse développée dans cet article est que le maintien ou les transformations des pratiques alimentaires des personnes âgées en cas d'intervention d'une aide à domicile dépend étroitement du type d'interaction sociale entre professionnels et personnes âgées selon, notamment, le genre et la situation sociale de ces dernières. Dans un premier temps, nous aborderons la place occupée par les questions alimentaires dans l'activité professionnelle des aides à domicile, en interrogeant, en premier lieu, les recommandations (interdits, prescriptions) diffusées par les associations prestataires ou mandataires de service à domicile (ADMR, ASSAD, etc.) et qui s'inscrivent dans le droit fil des politiques publiques en matière de santé et d'alimentation (programme national nutrition santé) ; en second lieu, la manière dont les aides à domicile intègrent les questions alimentaires et les recommandations institutionnelles dans leurs pratiques professionnelles. Dans une seconde partie, après avoir analysé la réception par les personnes âgées des interventions des aides à domicile en matière alimentaire, nous rendrons compte de la nature du lien qui se construit entre l'aide à domicile et la personne âgée et de ses effets sur les pratiques alimentaires de celle-ci. Nous mettons à jour une typologie des formes de délégation des activités alimentaires (subordination, complémentarité, substitution) et de leurs effets sur les comportements alimentaires des personnes âgées.

---

<sup>5</sup> Les entretiens auprès des personnes âgées ont été réalisés systématiquement à leur domicile. Les entretiens avec les aides à domicile sont des entretiens plus informels. Certains ont été réalisés sous forme de discussions avec certaines d'entre elles au sein de l'association qui les emploie. D'autres ont été réalisés lorsque l'aide à domicile était présente chez la personne âgée, soit qu'elle a participé à l'entretien, soit sous forme de discussions, par exemple, dans la cuisine de la personne âgée après l'entretien. Quelques aides à domicile ont été rencontrées à leur domicile.

<sup>6</sup> Voir exemple de liste en annexe 1.

<sup>7</sup> ADMR : Aide à domicile en milieu rural ; ASSAD : Association de services de soutien à domicile.

## L'alimentation dans l'intervention à domicile

Le premier problème théorique que nous rencontrons porte sur la définition du statut de l'aide à domicile et de la place des questions liées à l'alimentation. Nous ne reviendrons pas ici sur les problèmes de définition du métier d'aide à domicile largement débattus par ailleurs (Avril, 2003 ; Caradec, 1996 ; Dussuet, 2005 ; Kaufmann, 1996) et qui montrent que, « *livrée à elle-même quand elle va travailler, autrement dit à ses propres habitudes corporelles et mentales, chaque aide à domicile a donc un pouvoir dans la définition de son métier et des tâches qui lui incombent (leur quantité, leur rythme, la manière dont elles sont réalisées, etc.). (...) Les normes du travail ménager varient d'une salariée à une autre et (...) définissent diverses manières d'exercer le métier d'aide à domicile* » (Avril, 2003, p. 192). Dans ce contexte, nous cherchons ici à mesurer la place qu'occupent les questions alimentaires dans l'activité d'aide à domicile, en interrogeant tout à la fois le point de vue des associations-employeurs et celui des aides à domicile.

### Les recommandations institutionnelles en matière alimentaire

Pour les responsables des associations d'aide à domicile, quelle place occupent les questions alimentaires dans la prise en charge des personnes âgées ? Les attentes des associations en matière d'intervention à domicile liées à l'alimentation s'inscrivent dans la continuité des politiques publiques en matière de santé et d'alimentation, en particulier dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS), lancé le 31 janvier 2001, et dont un des objectifs principaux est l'éducation en matière alimentaire de la population française<sup>8</sup>. Bien que le PNNS, qui a une visée préventive, porte sur l'ensemble de la population (il est question d'améliorer la santé en agissant sur la nutrition), il accorde une place importante à la population des personnes âgées, jugée « population à risque » en raison des évolutions de leur santé liées à l'avancée en âge et à l'apparition de problèmes physiologiques et biologiques. L'un des objectifs nutritionnels du PNNS concerne la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition chez les personnes âgées (Ferry *et al.*, 2007).

#### *Penser le rôle des aides à domicile, entre pouvoir de diagnostic et pouvoir de prescription en matière d'alimentation*

Les attentes des associations d'aide à domicile en matière d'intervention alimentaire des aides à domicile auprès des personnes âgées sont doubles.

En premier lieu, il est demandé aux aides à domicile d'**assurer un rôle de « vigilance »** et de contrôle des conditions de vie autour de l'alimentation et ce, en vue de dépister les situations de dénutrition. Les aides à domicile sont invitées à suivre les comportements alimentaires des personnes âgées, à repérer leurs évolutions et transformations. Il leur est tout d'abord recommandé de **repérer les habitudes et**

<sup>8</sup> Sur les questions du rôle de l'éducation dans l'alimentation, voir Ologoudou, 2004.

les **préférences alimentaires** des personnes âgées, mais également les problèmes physiologiques auxquels ces dernières peuvent être confrontées (problèmes de mastication, problèmes de digestion, etc.). Ensuite, elles doivent **surveiller l'approvisionnement alimentaire**. L'observation des espaces domestiques liés à l'alimentation et, en particulier, les lieux de stockage deviennent des indicateurs-clés de perception des transformations. Le « frigo » est un des emblèmes de ce suivi quotidien dans la mesure où son contenu permet de renseigner tout à la fois sur la diversité ou non des produits consommés, sur leur quantité et sur la fréquence de consommation. D'autres lieux, tels que les placards, la cave, l'évier, constituent autant d'indicateurs potentiels des transformations alimentaires :

*« Elles viennent nous dire "voilà, j'ai M<sup>me</sup> Unetelle, c'est étonnant, quand j'arrive en début d'après-midi, je trouve rien dans l'évier alors qu'avant, il y avait la vaisselle, des choses comme ça". On leur dit aussi de jeter un maximum de fois un œil dans le réfrigérateur pour voir s'il y a une rotation régulière, si le réfrigérateur est rempli régulièrement, si elles n'ont pas des courses à faire, donc ça permet d'avoir un regard et voir si les dates sont respectées, s'il n'y a pas de produits périmés, tout ça, donc, ça leur permet de voir aussi s'il ne reste pas des choses non consommées, si la personne va faire aussi ses courses régulièrement et ça, elles le repèrent assez vite, quand même. Elles voient très rapidement, en général, s'il y a un changement ou pas. Elles voient aussi que la personne a moins d'entrain, est plus déprimée, voilà, donc souvent, elles voient. Donc, elles viennent me dire » (directrice, Centre d'aide à domicile).*

En second lieu, les aides à domicile doivent **assurer un rôle de « prévention »** par la valorisation et l'application d'une alimentation jugée « équilibrée » et « saine » pour les personnes âgées, afin de lutter contre la dénutrition. L'équilibre alimentaire repose sur deux principes régulièrement évoqués, tant par les employeurs que par les employées des associations d'aide à domicile : **la diversité alimentaire** (« manger de tout en petite quantité ») qui implique de manger des fruits, des légumes, de la viande ou du poisson ou un œuf, une fois par jour ; **la diversité des repas** par jour (« maintenir la régularité des repas »), basée notamment sur le modèle normatif français de trois repas par jour, auquel les diététiciens recommandent d'ajouter un goûter ou une autre collation (dans la matinée, par exemple)<sup>9</sup>.

Ces énoncés prescriptifs participent d'une définition du métier fondé sur l'accompagnement de la personne âgée dans les actes de la vie quotidienne (on retrouve ici ce qui est au fondement même de l'allocation personnalisée d'autonomie) et se construisent, au niveau de l'alimentation, par la participation à l'élaboration des menus et la réalisation (ou l'aide à la réalisation) de repas « équilibrés » ou « conformes aux régimes prescrits ». Ainsi, pour intervenir sur l'alimentation des personnes âgées, l'aide à domicile doit être détentrice d'une « compétence » à « diversifier l'alimentation ».

Pour les responsables des associations, une telle démarche professionnelle d'accompagnement (vigilance, prévention) vise à pallier, au plus près, les risques de

---

<sup>9</sup> On retrouve ici la règle d'or des diététiciens : « Manger de tout, le plus varié possible, en quantité raisonnable ». Sur cette question, voir Ologoudou, *op. cit.*

santé liés à l'alimentation. L'objectif est d'assurer un suivi, par la prise en compte de l'état général de la personne âgée et de son type d'alimentation, pour lui offrir, en fonction de ses besoins (notamment nutritionnels) un « traitement personnalisé ». Il s'agit ainsi de favoriser une alimentation « saine », d'amener la personne âgée à surveiller son alimentation, à supprimer, par exemple, des facteurs de risques de maladies (sucre, sel, alcool). On retrouve ici le « modèle contractuel de la prévention », développé par Jean-Pierre Dozon (2001) à propos des politiques publiques en matière de santé. L'objectif, au final, est de prévenir les risques de malnutrition et de dénutrition<sup>10</sup>.

Les aides à domicile doivent être détentrices d'une part, d'une capacité à diagnostiquer la situation alimentaire de la personne âgée (**pouvoir de diagnostic**), d'autre part, d'une capacité à mettre en place une alimentation diversifiée et adaptée (**pouvoir de prescription**).

#### *Le recours au savoir diététicien*

Pour ce faire, vigilance, prévention et traitement personnalisé en matière alimentaire se construisent sur la base de savoirs diététiques. Plusieurs sources sont alors mobilisées dans la transmission de savoirs et de recommandations diététiques aux professionnelles intervenant à domicile.

Premièrement, par le biais des diététiciens qui interviennent au sein des associations d'aide à domicile, par lesquelles ils sont embauchés. Leur rôle est de mettre en place des programmes de suivi alimentaire des personnes âgées. Ainsi, par exemple, l'ASSAD Besançon–Pontarlier a mis en place un **test d'autoévaluation nutritionnelle (NSI)**, distribué aux personnes âgées *via* les aides à domicile et/ou les infirmières intervenant à leur domicile, et dont l'objectif est de repérer leur situation nutritionnelle, grâce à un mini questionnaire composé de dix questions autour de trois thèmes (situation sociale et économique, situation physiologique et médicale, contenu alimentaire). Ce test s'inscrit là aussi dans la continuité du PNNS et de la prévention à la dénutrition. Le rôle des diététiciens est également de divulguer des recommandations et des conseils nutritionnels et diététiques auprès des professionnelles intervenant à domicile, soit sous la forme d'interventions, soit sous la forme de prospectus de recommandations<sup>11</sup> (qui, le plus souvent, reprennent ou approfondissent tout un ensemble d'informations nutritionnelles et diététiques repérables, par exemple, dans des revues, des livres ou sur des sites *web*).

Outre le travail des diététiciens au sein des associations d'aide à domicile, les intervenantes professionnelles peuvent bénéficier des publications du PNNS (tel que le *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*) destinées tant aux proches qu'aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées. Ce guide fait partie de la collection des guides de nutrition du PNNS, destinée à mettre les recommandations

<sup>10</sup> Les aides à domicile assurent ensuite un rôle de relais auprès des associations lorsqu'un changement de comportements alimentaires (ou de dénutrition) est repéré chez la personne âgée.

<sup>11</sup> Voir l'encadré 1, en annexe 2.



de ce programme à la portée de tous<sup>12</sup>. En plus des recommandations liées au quotidien et à sa surveillance (surveiller le poids, le contenu du frigidaire, l'hydratation, l'activité physique), le guide propose des recommandations et des « astuces » liées à l'organisation elle-même des activités autour de l'alimentation (courses, préparation des repas), ainsi que des prescriptions diététiques relatives au contenu même des repas (sous forme de rubriques : « Idées menus », « Fiches recettes »)<sup>13</sup>.

Par ailleurs, les associations-employeurs proposent des formations destinées aux aides à domicile (notamment à celles ne possédant pas le DEAVS<sup>14</sup>) ; formations portant sur l'équilibre alimentaire, l'hygiène alimentaire et également sur les techniques alimentaires (recettes, préparation des repas)<sup>15</sup>. Elles cherchent souvent à pallier la diversité des parcours scolaires et professionnels des aides à domicile (Avril, 2003), qui se caractérisent, d'une manière générale, par la faiblesse du niveau de formation (situation qui est en train d'évoluer de manière significative avec l'apparition du DEAVS). Ainsi, à titre d'exemple, parmi les 650 aides à domicile actuellement en activité au sein de l'ADMR du Doubs (dont 350 équivalent temps plein en 2006), 130 possèdent le DEAVS, 70 ont bénéficié d'une VAE (validation des acquis de l'expérience pour laquelle une majorité a intégré des modules sur les questions alimentaires), et 300 sont actuellement en formation continue (là aussi, une majorité intègre des modules sur les questions alimentaires).

Au final, les associations d'aide à domicile valorisent fortement les recommandations alimentaires (prescriptions, interdits) émanant tant des pouvoirs publics que des professionnels (diététiciens). Ces recommandations s'appuient sur des savoirs qui relèvent tout à la fois des savoirs scientifiques (notamment nutritionnels, relatifs à la composition des aliments) et des savoirs techniques de composition des repas (équilibre, organisation de la préparation, achat, etc.). En définitive, si l'objectif des interventions à domicile est de pallier les carences alimentaires des personnes âgées de manière éducative, cela passe en partie par la formation des professionnelles de l'aide à domicile au savoir diététicien.

---

<sup>12</sup> Voir, en annexes 3 et 4 respectivement, un exemple de menu et des recommandations proposées par le *Guide*.

<sup>13</sup> Voir, en annexe 2, l'encadré 2.

<sup>14</sup> La valorisation des connaissances et de compétences autour de l'alimentation participe du processus de professionnalisation du métier d'aide à domicile en cours depuis le début des années 2000 : en 2002, en parallèle à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie a été créé le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et mise en place également la VAE (validation des acquis de l'expérience). C'est dans ce contexte, particulièrement celui de la VAE, que les aides à domicile les moins formées sont invitées à « valoriser » leurs acquis.

<sup>15</sup> Dans le cadre de la formation continue *via* la VAE, les formations reprennent, par exemple, des modules du DEAVS tels que le module 5 « Alimentation - Repas - Règles de l'hygiène alimentaire, conservations des aliments, techniques culinaires ».

*Des recommandations au contrôle des aides à domicile*

Si les directeurs d'associations rencontrés insistent sur l'importance des recommandations en matière d'alimentation, on peut se demander comment les associations arrivent à contrôler et évaluer la mise en application de ce qu'ils revendiquent comme relevant de « compétences » professionnelles (d'autant que, comme nous le verrons par la suite, les manières dont les aides à domicile se positionnent face aux questions alimentaires sont loin d'être homogènes). Comme le souligne une directrice d'une ASSAD, il n'y a pas de « contrôle en soi » : « *Dans les faits, est-ce qu'un salarié fait vraiment bien attention à tout ce que je vous disais auparavant, j'en suis pas certaine* ». Le directeur d'une ADMR souligne également le point suivant : « *Jusqu'à il y a pas longtemps, il y avait pas de contrôle, sauf, s'il y avait un problème avéré, ça remontait et ça remontait, soit parce que la personne se plaignait en disant "j'en ai marre de manger du poulet tous les jours" ou alors, les enfants qui constataient que "écoutez, ma mère, chaque fois que j'y vais, elle mange des pâtes". Mais sinon, s'il y avait pas de plaintes, pas de remarques, ça pouvait durer* ».

Le contrôle de l'observance des recommandations se fait donc plutôt de manière indirecte, en fonction des informations qui « remontent » et peuvent être transmises par une personne âgée elle-même ou par un de ses enfants qui, lors d'un entretien téléphonique, pourra se plaindre auprès de l'association d'une aide à domicile ne respectant pas les demandes (en matière de préparation alimentaire, par exemple). Des informations peuvent parfois être rapportées par une aide à domicile qui assure un remplacement ou lorsque la prise en charge est assurée par deux aides à domicile qui interviennent à des moments distincts. Il existe, en ce sens, un autocontrôle entre aides à domicile qui peuvent « juger » les pratiques professionnelles de leurs consœurs.

Pour autant, des transformations s'opèrent : avec la loi n° 2002.2 du 2 janvier 2002 qui rénove l'action sociale et médico-sociale et qui introduit la protection des droits des usagers (elle garantit à toute personne prise en charge des droits et des libertés individuels : respect de la dignité, confidentialité des informations, accompagnement individualisé), les associations de services d'aide à domicile mettent en place, outre le contrat de prestation définissant le contenu de l'intervention de manière contractuelle entre la personne âgée et l'aide à domicile, un livret d'accueil établi conformément à l'article L.311-4 du code de l'action sociale et des familles et remis aux personnes âgées. L'intérêt d'un tel livret est qu'il rappelle aux personnes âgées leurs droits en tant qu'usager, notamment en cas d'insatisfaction. Par exemple, l'ADMR du Doubs intègre au livret une enquête de satisfaction à laquelle la personne âgée doit répondre. Ce document vise à connaître la satisfaction de la personne âgée vis-à-vis de l'intervention des aides à domicile. En parallèle, l'ADMR tente de créer des Conseils de la vie sociale où peuvent venir s'exprimer les personnes âgées, leurs familles et/ou leurs représentants et faire part notamment des problèmes auxquels ils sont confrontés. Pour le directeur de la structure, de tels outils permettent de contrôler davantage les pratiques des professionnels, mais dans le même temps, ces outils doivent conduire à améliorer les pratiques « professionnelles » des aides à domicile, *via* notamment des compléments de formation. Les questions alimentaires

y occupent une place centrale dans la mesure où le livret est pensé comme un outil de prévention de la dénutrition.

## Les aides à domicile et l'alimentation des personnes âgées

Quelle place les aides à domicile accordent-elles à l'alimentation dans la mise en œuvre de leur activité professionnelle ? Comment se positionnent-elles par rapport aux recommandations institutionnelles (notamment en matière de vigilance et de prévention alimentaires) entre le « faire les courses » et le « préparer à manger » ? Pour répondre, il importe de comprendre comment elles gèrent la prise en charge des activités liées à l'alimentation et ce qu'elles font des recommandations (prescriptions, interdits) nutritionnelles et diététiques émanant des pouvoirs publics et relayées par leurs employeurs.

### *Cuisiner pour soi, cuisiner pour autrui : la porosité des frontières spatiales et temporelles*

La prise en compte de l'alimentation dans les pratiques professionnelles des aides à domicile est d'abord liée à l'organisation de leur travail d'intervention à domicile chez les personnes âgées.

Cette organisation dépend, en premier lieu, du rapport entre investissement familial et investissement professionnel. On retrouve dans le cas de l'alimentation ce qui a été montré par ailleurs (Avril, 2003), à savoir la porosité des frontières entre pratiques professionnelles et pratiques domestiques : à leur statut de « travailleuse » devant assurer des activités liées à l'alimentation des personnes âgées se juxtapose généralement leur statut d'épouse et de mère ayant la charge de l'approvisionnement alimentaire et de la préparation des repas de leur propre foyer. L'assignation au rôle domestique, d'autant plus forte que les aides à domicile sont majoritairement issues des classes populaires (Avril, 2006) où l'assignation des femmes au rôle de « mère » est fortement marquée (Schwartz, 1990 ; Dussuet, 1997), se prolonge dans l'intervention professionnelle au domicile d'autrui, par externalisation du travail domestique gratuit (Dussuet, 2005). Nous verrons cependant que les aides à domicile ne perçoivent pas de manière homogène ce rapport à l'assignation domestique dans le cadre de l'alimentation.

Cette porosité des frontières n'est pas sans effet sur la prise en charge de l'alimentation des personnes âgées, notamment lorsqu'il s'agit, pour ces professionnelles, de penser la « diversité alimentaire », tant pour soi que pour l'autrui pris en charge. L'attention portée par les aides à domicile à la diversité alimentaire des personnes âgées s'agrège, en tant que compétence professionnelle, à celle, comme compétence familiale, qu'elles développent au sein de leur famille. Elles expriment souvent leur difficulté à penser tout à la fois « diversité des repas » pour les personnes âgées et « diversité des repas » pour leur famille :

*« Des fois, je suis à court d'idées, c'est pas toujours facile de penser tout ça à la fois. C'est ça le problème : essayer de faire un truc à peu près potable, quoi... Parce que, c'est pas facile, même pas pour nous ! (...). Parce que, moi, quand mon mari me dit "qu'est-ce que tu as*

*prévu ?”, “rien du tout, débrouille-toi !” (rires). Moi, je sais plus, arrivé un moment, moi, je sais plus quoi faire ! (rires). Encore, tous les deux jours, ça va encore, mais alors tous les jours ! » (aide à domicile).*

Ensuite, à l'imbrication des sphères d'activité (professionnelle et familiale) se juxtapose la gestion du temps d'intervention liée notamment à la gestion de la dimension spatiale : la distance géographique séparant le domicile de la personne âgée et les commerces (parfois situés à proximité de l'habitation de la personne âgée, parfois éloignés) joue un rôle dans l'organisation du temps de travail (durée d'intervention à domicile). Elle conditionne en partie l'organisation de l'approvisionnement et les formes de cuisiner de l'aide à domicile. L'observance de la diversité alimentaire est tributaire de la gestion du rapport entre temps de travail et espace de travail :

*« Moi, je vois, entre M<sup>me</sup> Coreff<sup>16</sup> et M<sup>me</sup> Verdier, c'est pas pareil. Parce que M<sup>me</sup> Coreff, elle, elle habite en plein centre, vous l'avez vu, vers le marché, pour moi, c'est facile, j'arrive, on fait la liste, je traverse et voilà, après j'ai du temps pour cuisiner. Que là, avec M<sup>me</sup> Verdier, c'est compliqué, je dois prendre la voiture parce que comme elle habite près du boulevard, tout est pas regroupé les commerces, donc, des fois, c'est quand je vais faire mes courses que j'en fais pour elle, mais sinon, quand, j'y vais pour elle, je fais en voiture, je passe dans les magasins avant, mais l'organisation du temps n'est pas le même. Mais bon, on arrive toujours à s'organiser ! » (aide à domicile).*

La comparaison entre les deux configurations similaires citées montre les effets directs sur l'alimentation de cette gestion entre temps de travail et distance géographique : M<sup>me</sup> Coreff, divorcée, habite seule. Son appartement est situé en face d'un quartier de commerces (dont le marché). Son aide à domicile assure en une heure courses et préparation de plats cuisinés. L'analyse des repas montre alors une diversité des menus et peu de plats répétés au cours de la semaine. À l'opposé, M<sup>me</sup> Verdier habite dans un quartier éloigné des commerces. Son aide à domicile prend en charge les courses, mais doit, pour cela, se déplacer en voiture dans un quartier éloigné. Il ne lui reste ensuite que peu de temps pour la préparation des repas qui sont moins diversifiés et moins élaborés : on observe ainsi davantage de plats cuisinés pour plusieurs jours, conservés au réfrigérateur (par exemple, dans des « tupperware »), voire un recours plus fréquent aux plats préparés.

#### *Les aides à domicile et les prescriptions institutionnelles*

Pour autant, les aides à domicile s'investissent de manière différente au niveau de l'alimentation des personnes âgées. Nous avons dégagé deux groupes selon leurs attitudes vis-à-vis de l'alimentation et des recommandations alimentaires émanant de leur employeur, notamment au regard de leurs compétences de diagnostic et de prescription :

– **Les aides à domicile « investies »** : elles considèrent que « faire les courses » et « préparer à manger » font partie intégrante de leur activité professionnelle. Elles valorisent fortement les fonctions de vigilance et de prévention, impliquant un

<sup>16</sup> Afin de préserver l'anonymat, les noms utilisés sont fictifs.

investissement conséquent auprès des personnes âgées. Nous distinguons deux sous-groupes.

Un premier sous-groupe caractérise des aides à domicile que nous appelons les « professionnelles » : elles mobilisent des savoir-faire culinaires, qu'elles valorisent et mettent en avant et qu'elles importent de leur domicile personnel au domicile de la personne âgée. Ce sont les aides à domicile les plus attentives et les plus sensibles aux prescriptions diététiques qu'elles cherchent à transmettre ensuite au cours de leur activité. Elles les intègrent à leurs savoirs personnels.

*« Les légumes de saison, disons qu'on s'amuse pas à aller chercher des légumes autres parce que ça coûte la peau des fesses et puis ça n'a ni goût, ni vertu (rives). Je suis un petit peu sévère là-dessus, donc on essaye de faire comme ça, donc aussitôt qu'il y aura le printemps, il y aura des tomates. Donc, on essaye d'adapter à la saison. Remarquez, je fais pareil chez moi » (aide à domicile).*

Un second sous-groupe regroupe les « impétrantes », des aides à domicile qui se considèrent comme incompetentes en matière alimentaire (absence d'expérience personnelle, absence d'héritage familial reconnu et valorisant). Elles ont suivi ou vont suivre une formation à la cuisine, voire à la diététique proposée par leur employeur.

Qu'elles soient professionnelles ou impétrantes, ces aides à domicile valorisent fortement leur rôle au sein de l'espace domestique (qu'il soit chez elle ou chez la personne âgée) et s'investissent dans l'alimentation des personnes âgées. Elles assument le rôle demandé de diagnostic par le contrôle notamment du frigidaire, parfois suite à une demande explicite de la personne âgée (« elle me regarde des fois les dates parce que j'ai tendance à ne pas faire attention aux dates », M<sup>me</sup> Rigati, 84 ans, veuve). Mais elles assurent également le rôle de prescriptions : d'abord, lors des courses, par les initiatives qu'elles prennent par rapport à la « liste de courses », en achetant des produits non mentionnés visant, par exemple, à diversifier l'alimentation ; elles prennent, par ailleurs, des initiatives dans la composition des menus et la préparation de plats (qu'elles préparent elles-mêmes ou que ce soit la personne âgée qui prépare), proposent des plats ou en interdisent d'autres. Elles mobilisent fortement prescriptions et interdits liés à l'alimentation. Elles s'appuient sur les recommandations des diététiciens auxquels elles font référence et qui viennent garantir la validité de leurs propres recommandations qu'elles expriment autour d'une table ou depuis la cuisine, sous la forme éventuellement de rappels à l'ordre (« Vous le savez, votre médecin vous a dit, je vous l'ai dit aussi que c'était pas bon pour vous, vous ne devriez pas continuer à manger autant de charcuterie », aide à domicile). Elles font référence aux « règles d'or » de la diététique :

*« Quand je demande, bon, après, je développe un peu aussi avec la personne, mais quand je demande "est-ce que vous mangez bien ?", si elle me répond "oui", je demande "est-ce que vous mangez un petit peu de tout ? Est-ce que vous mangez des fruits, des légumes, de la viande, du poisson, tout". Donc là, quelques fois, on repère "ah, bon, la viande, j'aime" ou alors "la viande, je peux pas manger parce que j'ai plus de dents" ou voilà, et puis après, vous continuez un peu et il y a jamais de fromage. Des fruits, c'est pas toujours facile à manger non plus, donc. Ou alors, pas de yaourts. Moi, j'essaye de voir un petit peu. ... Alors, j'essaye d'expliquer qu'il faut essayer de manger un petit peu de tout et tout ça, mais bon, forcément,*

*elles n'ont pas toujours eu l'habitude forcément de manger non plus certaines choses. Il y a des habitudes qui restent aussi et ça, c'est très important* » (aide à domicile).

Parfois, un enfant peut être pris à témoin, voire ce dernier joue le rôle de délateur auprès de l'aide à domicile (quand ce n'est pas le sociologue lui-même qui est pris à témoin au cours de l'entretien...). Elles inventent des « astuces » pour impliquer davantage la personne âgée au niveau de l'alimentation lorsque cette dernière présente des signes de rejet.

*« Par exemple, le fait de manger avec, ils mangent mieux. La mammy, le mercredi, je mangeais, mon mari et les enfants se débrouillaient tout seuls et je mangeais, ça faisait du bien à la belle-fille parce qu'elle rentrait tard et donc, elle aimait bien, je lui disais le matin en arrivant "alors, on fait la fête à midi", "ah, vous mangez avec moi !" Et là, on faisait un bon petit plat, avec tout ce qu'il faut »* (aide à domicile).

Il n'est pas rare que certaines aides à domicile ne prenant pas en charge les activités alimentaires (elles s'occupent par exemple du ménage) donnent leur avis et fassent des propositions au niveau alimentaire. C'est le cas de M<sup>me</sup> Girard qui intervient au domicile de M. et M<sup>me</sup> Rafin (couple que nous avons par ailleurs rencontré dans le cadre de la recherche) : M<sup>me</sup> Rafin est handicapée (arthrose et polyarthrite l'obligent à rester assise) ; tous les matins, elle dicte la liste des courses à son mari qui fait ensuite les commissions, puis prépare le repas. M<sup>me</sup> Girard s'occupe uniquement du ménage. Elle intervient cependant auprès du couple sur les questions alimentaires (ce qui a été confirmé lors de l'entretien réalisé avec le couple). Elle leur propose des recettes visant à diversifier les plats, en utilisant, par exemple, de manière différente un produit, telle que « l'endive » :

*« Pendant que je fais le ménage, elle, c'est "Publicité" ! Alors, "alors, voyons voir, je prends ma machine à calculer, alors tu m'achètes deux kilos d'endives parce qu'elles sont en publicité, elles étaient à tant hier, elles sont à tant aujourd'hui !" , elle dirige tout et puis alors, un jour, pendant 8 jours, j'ai vu des endives ! Parce qu'ils sont que deux... et puis au bout de 4 jours je leur ai dit "mais vous mangez des endives matin, midi et soir !?". Parce qu'on discutait comme ça, alors je lui dis "mais vous faites une cure d'endives midi et soir", et elle me dit "ben, non, j'en ai acheté de trop", je lui dis "je vous ai rien dit l'autre coup mais je me suis dit "2 kilos d'endives à eux deux !", puis elle me dit "qu'est-ce qu'il faut que je fasse ?", je lui dis "vous connaissez les endives au jambon ?" parce que c'était que pour la salade. Et puis lui : "ah, ben, j'y avais pas pensé !". Alors, ce jour-là, il y avait du jambon, alors je lui dis à M. Rafin : "vous savez, vous faites comme ça, toc, toc". Alors, c'est parti, il (le conjoint) a fait sa béchamel »* (aide à domicile).

Ces aides à domicile adhèrent au rôle qui leur est assigné, d'autant plus lorsqu'elles se sont elles-mêmes occupées de leurs enfants, voire de leurs parents et qu'elles ont intégré en quelque sorte l'idée d'une « naturalisation de compétences féminines » (Chabaud *et al.*, 1985 ; Dussuet, 1997). Certaines femmes rencontrées, anciennes ouvrières et en situation de réorientation professionnelle suite à un licenciement, trouvent dans leur nouvelle activité (qu'elles disent avoir « choisie », comparativement à des conditions dégradantes et dégradées liées à l'émergence de « cadences infernales » dans le monde de l'entreprise) la réaffirmation d'une identité

professionnelle positive, à travers l'expression d'un sentiment valorisant et valorisé d'une « utilité sociale ».

– **Les aides à domicile « désinvesties »** : à la différence du premier groupe, les aides à domicile désinvesties prennent de la distance avec les recommandations institutionnelles et assurent les activités alimentaires *a minima*. Elles estiment ne pas avoir à intervenir « trop » sur l'alimentation des personnes âgées, sauf à surveiller « un minimum » dès lors qu'un régime doit être suivi. Elles assument en priorité un rôle de surveillance. Elles s'investissent peu dans le contenu même des courses, voire dans la préparation des repas des personnes âgées et préfèrent « faire » ce qui est demandé par la personne âgée (le recours à la liste alimentaire étant, dans cette configuration, le meilleur outil pour « suivre à la lettre ce qu'elle veut »). Le plus souvent, elles se limitent à « préparer » les aliments pour la personne âgée (épousser les légumes, couper la viande, etc.), voire à préparer elle-même lorsque la personne âgée est dans l'incapacité physique de le faire. Elles se satisfont de leurs propres savoirs et ne cherchent pas à s'investir davantage dans les questions alimentaires. Ce sont elles du reste qui expriment le plus la difficulté à penser diversité alimentaire pour elle et pour la personne âgée. Elles considèrent le plus souvent « faire au plus simple » :

*« Chez moi, c'est du vite fait, j'ai pas le temps. Ici, c'est pareil. Bon, je fais quand même, mais je vais à l'essentiel. Et c'est vrai que faire des bons petits plats, comme ils nous disent, il faut pas rêver »* (aide à domicile).

Elles expriment souvent une certaine distance avec les recommandations institutionnelles qu'elles jugent trop « excessives », voire « abusives » par rapport tout d'abord à la personne âgée elle-même. Certaines aides à domicile soulignent le caractère coercitif des recommandations alimentaires :

*« Faut pas abuser quand même ! Des fois, je sais pas, mais si on applique à la lettre, faut pas exagérer, il faut les laisser profiter quand même. Enfin, des fois, je me dis à quoi bon lui interdire les gâteaux, le sucre et tout ça... Après tout, est-ce qu'il vaut pas mieux qu'elle profite au mieux de ces derniers petits plaisirs »* (aide à domicile).

Mais ce jugement est également exprimé vis-à-vis de leurs propres savoir-faire. Elles opposent ainsi leurs propres savoirs qu'elles jugent « suffisants » par rapport aux recommandations émanant de leur employeur :

*« Moi, je sais comment faire mon repas pour avoir tout, mais pour vous dire combien il y a de glucides dans un je sais pas quoi, là, ça (...). On sait qu'il faut viande, poisson, légumes verts, le plus possible, il faut aussi des légumes secs, très important surtout l'hiver, mais ça, y a pas besoin de cours, on a toujours fait chez moi (...): l'hiver, c'est les pois cassés, c'est très bon à la santé, la lentille avec la saucisse, c'est très bon aussi, enfin, avec ou pas saucisse. Vous faites une soupe aux lentilles avec le reste, c'est bon pour la santé... les carottes râpées, c'est très bon à la santé... ça rend aimable (rires). Voyez... et puis, bon, avec ces histoires de glucides et de lipides que je lis qu'il faut apprendre, je me dis "bon, attends, ça va, quoi"... Alors, l'autre jour, je leur ai dit "non, mais attendez, il faut absolument que j'apprenne ça ?!?!", il m'a dit "non, mais il faut voir quand même, si c'est de la viande ou ...", bon, on sait quand même, quoi. Moi, j'ai pas envie qu'ils me disent dans une escalope de viande combien il y a de glucide (...). Bon, voilà, je sais faire, j'ai mes trucs à moi, j'ai pas besoin de leurs conseils »* (aide à domicile).

Certaines situations peuvent conduire la personne âgée ou un membre de sa famille à se plaindre auprès de la structure employeuse. L'association employeuse reste d'ailleurs très attentive à ce que l'aide à domicile pense et garantisse la diversité alimentaire pour la personne âgée, indépendamment de ses pratiques personnelles à son propre domicile :

*« Lorsqu'une aide dit "chez nous, on fait du vite fait parce qu'on travaille, donc chez les personnes âgées, on fait la même chose", je lui réponds : "non, c'est votre travail, si vous voulez manger comme ça chez vous, vous mangez comme ça chez vous, mais nous, on vous demande de faire des choses adaptées à la personne âgée, parce que vous allez justement chez elle pour ça, parce qu'elle peut plus le faire elle-même, donc il faut vous remettre en question" »* (directrice d'association).

Les aides à domiciles du second groupe sont souvent mal perçues par leur employeur qui les définit comme « manquant d'idées », notamment en matière alimentaire :

*« Elles manquent d'idées pour beaucoup d'entre elles, pour plusieurs d'entre elles. Elles manquent de connaissances justement par rapport aux capacités des personnes, par rapport aux différentes maladies, parce que là aussi, il faut s'adapter. C'est vrai que, de plus en plus, les personnes restent à domicile avec des pathologies où il faut adapter les repas et donc c'est qu'elles manquent pour la plupart de connaissances. Et, en plus, quand elles disent que faire à manger, c'est pas leur truc ! »* (directrice d'association).

Si l'origine sociale des aides à domiciles désinvesties n'est pas *a priori* une variable explicative, en ce que la prépondérance de l'origine populaire des aides à domicile persiste, il semblerait en revanche que l'âge joue un rôle dans le détachement opéré par certaines d'entre elles vis-à-vis de l'alimentation et des « préoccupations » (Dussuet, 2005) alimentaires (tant pour leur foyer que pour leur employeur) : ce sont les plus jeunes, diplômées qui plus est (elles possèdent le DEAVS), qui expriment le plus une mise à distance avec l'assignation aux tâches liées à l'alimentation. Ce premier constat empirique semble confirmé par les propos de directeurs d'association qui constatent que les « jeunes, elles s'intéressent plus à ce qui est processus de vieillissement et là-dedans, c'est surtout le psychologique qui les intéresse ». Effets de génération ? Conflits entre générations ? On peut en tout cas faire l'hypothèse que cette prise de distance avec les compétences liées aux « actes de la vie quotidienne », notamment alimentaires, a à voir avec l'émergence d'un diplôme professionnalisant et d'une nouvelle génération d'aides à domicile (plus jeunes et davantage diplômées) dont les centres d'intérêt pour le métier semblent se modifier.

En ce sens, les « compétences professionnelles » des aides à domicile liées à l'alimentation se construisent dans l'imbrication entre savoirs personnels (hérités et/ou acquis) et savoirs diététiques (PNNS, diététicien) transmis sous la forme de recommandations (prescriptions, interdits). Ces compétences seront ensuite plus ou moins mobilisées selon le rapport que les aides à domicile entretiennent avec l'alimentation, mais aussi selon, nous allons le voir, la réception de l'intervention en matière alimentaire par les personnes âgées.



## Les effets de l'intervention à domicile sur l'alimentation des personnes âgées

Le second problème théorique auquel nous sommes confrontés porte sur la relation de délégation : quelle est la nature de la relation de délégation entre la personne âgée et l'aide à domicile ? Sur quoi se fonde-t-elle ? Qu'est-ce que cela implique du point de vue des comportements alimentaires de la personne âgée ? Répondre à cette question implique, premièrement, de rendre compte de la manière dont les personnes âgées perçoivent l'intervention des aides à domicile au niveau de leur alimentation. L'analyse des interactions entre l'institution employeuse (prescriptrice de recommandations), l'aide à domicile et la personne âgée permettra, dans un second temps, d'analyser la nature du lien entre aide à domicile et personne âgée et de dégager des idéaux-types de la délégation des activités liées à l'alimentation.

### Les attitudes des personnes âgées : entre résistance, négociation et acculturation

Quels sont les comportements des personnes âgées vis-à-vis de l'intervention de l'aide à domicile et de son implication (ou non) dans les questions alimentaires ? D'une manière générale, la relation entre la personne âgée (qu'elle soit en couple ou seule) et l'aide à domicile dépend de la convergence entre les compétences de celle-ci et les habitudes alimentaires de la personne âgée dont on sait combien elles sont marquées par le milieu d'origine (Gojard et Lhuissier, 2003)<sup>17</sup>, les attentes de l'une ne trouvant pas toujours écho dans les pratiques et compétences de l'autre, et réciproquement, la distance ou la proximité sociale entre les deux pouvant alors jouer. Ainsi, à la figure de la « bonne aide à domicile » répond la figure de la « bonne personne âgée », celle qui « mange bien » et qui est attentive aux recommandations et prescriptions médicales, diététiques et nutritionnelles.

Il s'agit pour chacun des protagonistes de trouver la bonne place et la bonne distance, l'aide à domicile pouvant être à la fois la « professionnelle », la confidente ou l'amie (Caradec, 1996), mais aussi la concurrente, la rivale ou encore « l'incapable ». Cette relation se construit soit sur le registre de la coopération, soit sur le registre du conflit. Dans le premier cas, l'approvisionnement alimentaire se définit entre les demandes de la personne âgée et les propositions de l'aide à

---

<sup>17</sup> L'appartenance sociale est un des facteurs-clés des habitudes alimentaires des personnes âgées (au même titre que la région d'appartenance) : « *L'alimentation des personnes âgées diffère (...) selon la profession exercée en fin de vie active : la diversité alimentaire augmente quand on s'élève dans l'échelle sociale. Lorsque l'on observe les quantités achetées, un premier clivage oppose les ouvriers, faibles consommateurs de produits frais, aux classes supérieures, plutôt sur-consommatrices. Un second clivage isole les agriculteurs et les commerçants dont le régime alimentaire comporte plus de matières grasses, moins de plats préparés et de légumes, laissant supposer qu'ils pratiquent l'autoconsommation et cuisinent eux-mêmes* » (Gojard et Lhuissier, 2003, pp. 2-3).

domicile. La personne âgée reconnaît une légitimité à l'aide à domicile en ce qu'elle « sait » (acheter du « poisson frais », des « beaux légumes », « prendre des initiatives », etc.) et qu'elle respecte sa demande. Réciproquement, l'aide à domicile reconnaît une place à la personne âgée dès lors qu'elle est attentive à ses prescriptions et propositions (manger davantage de fruits, éviter des plats en sauce, etc.). À l'opposé, une relation fondée sur le registre du conflit implique une mésentente quant au contenu de l'approvisionnement, la personne âgée ne reconnaissant pas de légitimité à son aide à domicile (« elle ne sait pas reconnaître du bon poisson ») ou, réciproquement, cette dernière considérant l'autre comme incapable de mesurer l'importance de ses recommandations en matière alimentaire (« je lui dis de manger plus de fruits, mais bon, j'en jette sans arrêt »).

Lorsque des personnes âgées ne sont pas satisfaites, certaines d'entre elles le signalent à l'association d'aide à domicile, d'autres, au contraire, ne souhaitent pas porter préjudice à la salariée et n'osent pas signaler leur insatisfaction (il y a ici une correspondance de classe : apparemment, ce sont les femmes qui ont elles-mêmes été salariées qui ont le plus de difficultés à signaler leur insatisfaction).

En ce sens, l'intervention de l'aide à domicile est diversement perçue par la personne âgée. Nous avons dégagé trois attitudes idéales-typiques de la personne âgée vis-à-vis des interventions des aides à domicile :

– **La résistance** (« je sais ce qui est bon pour moi ») : les jugeant contraignantes, la personne âgée s'oppose aux recommandations formulées par l'aide à domicile. La résistance de la personne âgée aux recommandations peut se manifester au niveau des aliments à consommer lorsque, par exemple, son aide à domicile lui recommande d'arrêter ou de diminuer la consommation de charcuterie (aliment jugé trop « gras ») ou encore de remplacer le saumon par du thon. Les compétences de l'aide à domicile sont jugées uniquement par rapport à sa capacité à répondre aux attentes de la personne âgée qui valorise souvent ses propres savoirs culinaires qu'elle ne souhaite pas ou peu modifier. La personne âgée continue à faire « comme avant ».

La résistance peut également s'exprimer dans les situations où la personne âgée, qui doit suivre un régime alimentaire lié à une maladie (le diabète, par exemple), décide de ne pas « suivre à la lettre le régime » qui lui a été prescrit (« j'ai pas envie de faire mon régime ») au grand dam de son aide à domicile « investie » qui tente pourtant de le lui faire respecter :

*« Je vous dirais que depuis quelque temps, je fais moins attention à mon régime parce que j'ai envie de toutes sortes de choses et que je me dis mon dieu, je vais mourir donc, je veux en profiter, alors je sais que je fais un peu des extravagances maintenant » (M<sup>me</sup> Elias, veuve, 89 ans).*

– **La négociation** : à la différence du premier groupe, les personnes âgées de ce second groupe sont davantage attentives aux prescriptions alimentaires de l'aide à domicile, dès lors que cette dernière les formule et les transmet. Ici, plus que dans le premier groupe, la santé est un enjeu pour la personne âgée. Les personnes âgées de ce groupe sont attentives aux recommandations alimentaires qu'elles peuvent glaner dans les revues, les journaux. Lors des entretiens et de l'observation ethnographique, certaines d'entre elles nous ont montré des articles découpés et collés sur leur

frigidaire ou rangés dans un tiroir de la cuisine (par exemple, des articles portant sur le rôle des Omega 3). Les recommandations sont intégrées et ensuite négociées entre l'aide à domicile et la personne âgée.

L'intervention de l'aide à domicile peut ainsi venir valider ou confirmer des changements alimentaires liés à des prescriptions que la personne âgée s'est elle-même appliquée à partir des informations glanées de-ci de-là entre les lectures, les recommandations du médecin de famille, ou même d'un enfant (par exemple, lorsqu'une fille est infirmière). C'est le cas de M. et M<sup>me</sup> René qui, alors que leur handicap respectif ne leur permet plus d'entretenir leur potager, demandent à consommer des légumes frais (« en fonction des saisons »), mais ont diminué leur consommation de charcuterie (jambon, saucisse) qu'ils ont remplacée par davantage de viande rouge (« c'est mieux pour la santé », M<sup>me</sup> René, 78 ans). Ils consomment davantage de fruits, qu'ils tentent de varier : « *avant, on achetait pas de fruits l'hiver, quoi. On avait nos pommes du verger, c'est tout. Maintenant, c'est varié* » (M. René, 78 ans) ; « *on s'est mis au jus d'orange, ils disent que c'est plein de vitamines, elle l'a dit aussi M<sup>me</sup> Jourjon (aide à domicile)* » (M<sup>me</sup> René).

– **L'acculturation** : à la différence des deux premiers groupes, les personnes âgées du troisième groupe « abandonnent » leur propre alimentation et intègrent celle de l'aide à domicile par « défaut » en quelque sorte. Elles ne se préoccupent guère du contenu de leur repas qu'elles laissent faire à l'aide à domicile. C'est en ce sens que nous parlons d'acculturation : la personne âgée assimile en partie les codes alimentaires de son aide à domicile dès lors qu'elle abandonne le choix du contenu des repas à cette dernière. De fait, selon le type d'investissement de l'aide à domicile, les transformations alimentaires ne sont pas identiques. Ainsi, une personne âgée verra son alimentation évoluer et d'autant plus se diversifier que l'aide à domicile sera fortement investie dans les activités alimentaires. C'est, par exemple, le cas de M<sup>me</sup> Gerrin (71 ans), divorcée. Suite à un accident, elle ne peut plus se déplacer et a recours à une aide à domicile qui lui fait ses courses et lui prépare à manger. Avant l'intervention de cette dernière, M<sup>me</sup> Gerrin ne mangeait pas : « je grignotais », selon ses propos, car « je ne supporte pas de manger seule ». Depuis que son aide à domicile s'occupe des repas, son alimentation s'est transformée. Ainsi, le « grignotage » et le plat unique (souvent le même) ont laissé place à un repas comprenant une entrée (qui varie d'un jour à l'autre), un plat principal (des plats « cuisinés » : blanquette de veau, blanquette de dinde, poisson à la tomate), un dessert (« si possible, un fruit » dit l'aide à domicile). Les « légumes de saison » ont fait leur réapparition. L'interdiction de sel conduit l'aide à innover et à trouver des substituts (le sel dans la blanquette est remplacé par du thym, du laurier, du basilic, des « trucs qui sentent bon », selon l'aide à domicile).

En revanche, l'alimentation sera moins diversifiée dans les situations où l'aide à domicile s'investit peu au niveau alimentaire : on observe davantage une répétition des plats préparés au cours d'une même semaine, par exemple.

Plus généralement, au-delà des attentes strictement liées à l'alimentation, l'investissement des aides à domicile est marqué également par les attentes des personnes âgées quant à leur disponibilité relationnelle à leur égard. Il a été montré en effet que « *la définition de la tâche de l'aide ménagère est ambivalente et comporte deux*

aspects : l'un technique (faire le ménage), l'autre relationnel (assurer une compagnie et un soutien moral à la personne âgée) » (Caradec, 1996). Ainsi, certaines personnes âgées préfèrent que l'aide à domicile « passe moins de temps à faire les courses et à préparer à manger, mais qu'elle soit disponible pour discuter » (M<sup>me</sup> Rotat, 80 ans).

## Une typologie des formes de la délégation

L'étude des interactions entre l'institution employeuse, l'aide à domicile et la personne âgée selon les différents types de comportements dédagés (aide à domicile : investie, désinvestie ; personnes âgées : résistance, négociation, acculturation) permet de dégager une typologie des formes de la délégation de l'approvisionnement alimentaire, voire de la préparation des repas, qui, au-delà des positionnements de chacun des protagonistes en matière alimentaire, met en jeu également des positionnements sociaux et de genre.

Trois formes de délégation ont été dégagées :

– **La subordination** (« faire pour ») : il s'agit ici de « faire ce qu'on me demande ». L'aide à domicile exécute la demande de la personne âgée. Cette dernière contrôle ainsi le contenu des courses, mais également la préparation et le contenu des repas. Elle n'attend « rien d'autre que ce que je lui demande ». C'est ici qu'on observe le plus de situations de résistance de la personne âgée face aux changements alimentaires prescrits par l'aide à domicile. Si changements il y a, ils sont davantage liés à l'évolution de l'expérience du vieillissement de la personne âgée. Dans ce cas, que le contenu des repas soit diversifié ou non, l'intervention à domicile ne modifie pas ou peu les pratiques alimentaires du couple ou de la personne seule qui continue de penser et d'assumer son alimentation comme il ou elle l'entend.

Par exemple, M<sup>me</sup> Colleau, âgée de 94 ans, a une aide à domicile qui prend en charge les courses et la préparation des repas depuis quelques mois, suite à une chute (et à un séjour à l'hôpital). Avant cette chute, M<sup>me</sup> Colleau préparait ses propres plats, qu'elle cuisinait et réchauffait dans son four. Suite à une mise aux normes de sa gazinière qu'elle a dû changer, elle ne réchauffait plus que des plats préparés. Elle refuse que son aide à domicile cuisine des plats et, malgré les souhaits de celle-ci, elle la contraint à acheter des plats « tout faits ». C'est dans ces situations que les aides à domicile « investies » perçoivent et expriment le plus fortement une relation hiérarchique entre elle et la personne âgée :

*« J'essaye de voir ce que je peux faire, ce que je peux dire... Alors, bon, par exemple, je sais qu'à Lavans, lundi, c'est "tu travailles", point. C'est le patron et la femme de ménage, donc je suis restée la femme de ménage. Un jour, j'ai essayé en blaguant "tiens, on pourrait faire les vitres ?", "c'est moi qui dis, c'est pas vous !". Bon, au bout de trois ans, elle me connaissait quand même, donc j'ai dit "oh, je le sais". Bon, j'essaye de voir si la personne, c'est le patron. Chez Gilberte, je sais qu'elle veut une relation d'amour, de dialogue, de... rire » (aide à domicile).*

Quant aux aides à domiciles désinvesties, elles sont subordonnées aux demandes et attentes de la personne âgée et font ce qu'elles leur demandent :

*« Vous savez, moi, je fais ce qu'elle demande. Je vois, j'ai une collègue qui faisait aussi avec elle, on alternait. Elle essayait de lui proposer d'autres plats, parce que, c'est vrai, c'est quand même toujours un peu pareil ce qu'elle fait, mais, non, ça servait à rien, elle a essayé dans le vide. Moi, je fais comme elle dit, ça roule comme ça » (aide à domicile).*

La subordination semble correspondre à certaines situations de couple dans lesquelles la conjointe, bien qu'elle les délègue, prend en charge les activités alimentaires (par exemple, en faisant une liste). Elle correspond également aux situations de femmes veuves. Si le genre semble jouer, la position sociale peut également intervenir, mais davantage au regard du contenu même des pratiques alimentaires (variables selon la catégorie sociale) et des recommandations formulées par une aide à domicile. Par exemple, la recommandation de diminuer la consommation de viande rouge est davantage manifestée auprès des catégories ouvrières, recommandation à laquelle la personne âgée peut marquer son opposition. C'est le cas de M<sup>me</sup> Ricci, ancienne ouvrière, veuve, qui continue « midi et soir » à manger de la viande rouge (dont on connaît la valeur symbolique associée à la force dans ce milieu) et refuse de prendre en compte les recommandations de son aide à domicile en la matière. L'effet de subordination sera ensuite d'autant plus marqué que la distance sociale entre l'aide à domicile et la personne âgée est importante.

– **La complémentarité** (« faire avec ») : on « fait à deux » par intégration et négociation des changements et des prescriptions alimentaires. Ce type de relation fonctionne d'autant mieux que la personne âgée est dans une situation de « négociation » et que l'aide à domicile est elle-même « investie ». Les transformations alimentaires sont alors importantes et s'orientent généralement vers la diversité du contenu des repas et le maintien de leur régularité. L'alimentation et le maintien du lien social se juxtaposent. La relation entre la personne âgée et l'aide à domicile se construit ici sur le registre de l'échange, qui dépasse le simple cadre de la transmission de recommandations ou de conseils et peut intégrer d'autres éléments, tels que des échanges de recettes de cuisine. M<sup>me</sup> Fernando (74 ans, ancienne ouvrière vivant en couple) souffre de problèmes d'obésité, mais est une grande gourmande. Son aide à domicile l'aide à améliorer son alimentation en fonction de ce handicap, en jouant tout à la fois sur l'application stricte de son régime, le maintien d'une alimentation diversifiée et la satisfaction de ses désirs. Elles cuisinent souvent ensemble :

Aide : *On a fait un pain perdu...*

Enquêteur : *qui a eu l'idée ?*

Aide : *c'est-à-dire que M<sup>me</sup> Fernando est d'origine portugaise. Elle fait du pain perdu à l'ail et salé. Alors, je lui ai dit « mais vous connaissez pas le pain perdu sucré ?*

M<sup>me</sup> Fernando : *si, je connaissais, mais pas comme, mais c'est comme je disais, ma maman, on est élevée pour faire comme notre maman. Bon, ma maman, elle a la certitude que je l'ai jamais vue faire, parce qu'on était que les deux. Alors, puis elle partait tout le temps, elle travaillait tout le temps et puis elle achetait pas de blé comme ici, parce qu'on avait le maïs, on faisait du pain de maïs et le pain de seigle. Alors, le pain de maïs et le pain de seigle, ça va pas pour faire ça.*

Aide : *et puis les pays du Sud, c'est plus quand même l'ail, les choses comme ça... plus de choses épicées. Alors, l'autre fois, on a décidé d'en faire. Et puis ça a plu à Monsieur Fernando.*

M<sup>me</sup> Fernando : *donc, je les faisais... je mélange pas comme vous faites, avec le lait, puis les œufs. Moi, je mets dans l'huile. Bon, c'est un peu plus lourd, quoi.*

Aide : *un peu beaucoup plus gras (vires). Les pays du Sud, c'est gras ! Et vous savez que vous devez faire attention avec ça ! Alors, voilà, le pain perdu à ma façon, c'est mieux pour elle.*

On fait l'hypothèse que la relation de complémentarité est d'autant plus marquée qu'il y a une proximité sociale entre la personne âgée, généralement femme, et son aide à domicile.

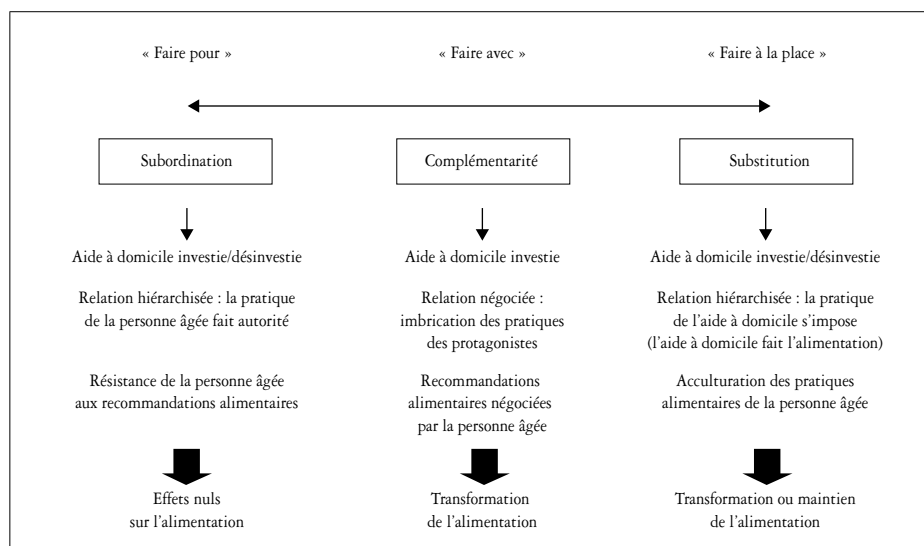
– **La substitution**<sup>18</sup> (« faire à la place de ») : la relation repose d'autant plus sur le registre de la substitution que la personne âgée est indifférente aux recommandations alimentaires. Les transformations alimentaires peuvent être importantes, mais ne le sont pas nécessairement. Elles dépendent fondamentalement du type d'investissement de l'aide à domicile. L'alimentation de la personne âgée sera d'autant plus diversifiée que l'aide à domicile sera investie. Elle sera d'autant moins diversifiée que l'aide à domicile n'est pas investie (pour des raisons de définition identitaire ou de contraintes spatiales et temporelles).

Cette logique de la substitution est présente notamment dans les situations où un homme prend en charge sa conjointe et est secondé par une aide à domicile ou dans le cas des hommes veufs qui ne souhaitent pas s'investir dans les courses, encore moins dans la préparation des repas. Ils préfèrent déléguer l'ensemble des activités alimentaires à une aide à domicile (et ce, indépendamment de leur position sociale). Ici, la variable « genre » joue un rôle important. À cela rien de surprenant dans la mesure où, dans cette génération, on rencontre beaucoup d'hommes n'ayant jamais (ou peu) assuré de préparations culinaires et que la situation de veuvage confronte à cette tâche. Déléguer les tâches alimentaires, entre autres, enlève une charge mentale jugée inutile. Ces situations illustrent la répartition des rôles sexués assignés au cours de leur vie pour ces générations, la division sexuelle des activités domestiques étant fortement marquée. C'est le cas, par exemple, de M. Piment : 82 ans, ancien professeur des universités en retraite, veuf, il consacre son temps à sa passion professionnelle (la linguistique) et continue à écrire des livres. Il ne s'est jamais consacré à l'alimentation, son épouse ayant toujours pris en charge approvisionnement et préparation des repas. Une aide à domicile s'occupe des courses et de préparer à manger. Il reconnaît du reste que « c'est vrai, ce n'est pas très varié, mais ça m'est égal ». Ainsi, alors que son épouse préparait des plats « à base de produits frais, elle faisait le marché », son aide à domicile semble davantage utiliser des produits « en conserve », voire « des plats préparés ».

<sup>18</sup> Nous ne définissons pas ici le terme de « substitution » dans le sens donné par Vincent Caradec (« remplacer une activité par une autre se situant dans le même registre », Caradec, 1996, p. 116), mais dans le sens de « remplacer quelqu'un par un autre ».

Dans le jeu complexe des interactions et des rôles des uns et des autres, l'alimentation des personnes âgées se transforme de manière plus ou moins significative. Le type de délégation des activités alimentaires (**subordination, complémentarité, substitution**) varie selon les conditions de l'interaction :

Figure 1. Les formes de la délégation alimentaire dans la relation entre la personne âgée et l'aide à domicile



Une délégation de type « subordination » n'a pas ou peu d'effets en matière d'alimentation et implique davantage la conservation des comportements de la personne âgée, quelle que soit la forme de ces derniers. Une relation de type « complémentarité » implique au contraire des transformations alimentaires significatives, conduisant par exemple à l'intégration de nouveaux produits consommés (fruits, poisson, jus d'orange) et la disparition d'autres. Enfin, une relation de type « substitution » est fondamentalement déterminée par le type de prise en charge de l'aide à domicile dans la mesure où la personne âgée n'intervient plus dans les choix à faire. Ici, les transformations peuvent conduire au maintien ou à la disparition des pratiques alimentaires antérieures à l'intervention de l'aide à domicile.

### Conclusion

La délégation de l'approvisionnement alimentaire, voire des repas, aux aides à domicile a des effets sur l'alimentation des personnes âgées. Les effets observables varient selon les formes de la délégation (subordination, complémentarité, substitution), autrement dit, selon les interactions entre la personne âgée (et ses attentes) et l'aide à domicile : interactions dont la teneur semble varier en partie

selon le sexe et la position sociale de la personne âgée, et également en fonction du rapport que les aides à domicile entretiennent avec les préoccupations alimentaires, tout à la fois liées à leur assignation sociale aux activités domestiques alimentaires et à leur rôle prescrit et attendu en matière d'alimentation par les associations qui les emploient. D'autres variables (non traitées ici) peuvent également être prises en compte dans l'analyse des formes de la délégation et de ses effets sur l'alimentation, telles que les ressources du ménage ou encore la proximité ou non d'un enfant (etc.) qui devraient permettre d'affiner l'analyse.

Pour autant, la délégation de l'approvisionnement ne se résume pas à l'intervention de professionnelles à domicile, mais concerne également d'autres personnes, en particulier un membre de la famille, qu'il s'agisse du conjoint ou d'un enfant. L'étude de la délégation conduit ainsi à chercher à repérer s'il existe une similarité entre les types de délégation (subordination, complémentarité, substitution) personne âgée/aide à domicile et les relations de délégation interne au couple ou impliquant un enfant. D'autant que les études montrent que le type d'aide (cohabitante, familiale, professionnelle) a un impact sur les formes d'approvisionnement alimentaire (Gojard et Lhuissier, 2003) et, donc, les comportements alimentaires des personnes âgées. La comparaison des modes de prise en charge de l'approvisionnement par un tiers selon le statut de ce dernier (sexe, membre de la famille, professionnelle, etc.) et selon la structure du ménage délégant offre ainsi un champ pertinent d'analyse de la délégation de l'alimentation et, d'une manière plus générale, de la compréhension des transformations du cadre de vie des personnes âgées.

## Bibliographie

- Avril C. (2006). Aide à domicile pour personnes âgées : un emploi-refuge, *in* : *L'insertion professionnelle des femmes. Entre contraintes et stratégies d'adaptation*, Flahault E. (dir.), Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 207-217.
- Avril C. (2003). Les compétences féminines des aides à domicile, *in* : *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*, Weber F., Gojard S. et Gramain A., Paris, La Découverte, pp. 187-207.
- Caradec V. (1996). L'aide ménagère : une employée ou une amie ?, *in* : *Faire ou faire-faire ? Famille et services*, Kaufmann J.-C. (dir.), Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 155-167.
- Chabaud D., Fougeyrollas D. et Sonthonnax F. (1985). *Espace et temps du travail domestique*, Paris, Librairie des Méridiens, 145 p.



- Dozon J.-P. (2001). Quatre modèles de prévention, in : *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Dozon J.-P., Fassin D. (dir.), Paris, Balland, pp. 23-46.
- Dussuet A. (2005). *Travaux de femmes. Enquêtes sur les services à domicile*, Paris, L'Harmattan, 216 p.
- Dussuet A. (1997). *Logiques domestiques. Essai sur les représentations du travail domestique chez les femmes actives de milieu populaire*, Paris, L'Harmattan, 269 p.
- Ferry M., Alix E., Brocker P., Constans T., Lesbourd B., Mischlich D., Pfitzenmeyer P. et Vellas B. (2007, 3<sup>e</sup> édition). *Nutrition de la personne âgée*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 344 p.
- Gojard S., Lhuissier A. (2003). Monotonie ou diversité de l'alimentation : l'effet du vieillissement, *INRA Sciences Sociales*, 5/02.
- Kaufmann J.-C. (dir.) (1996). *Faire ou faire-faire ? Familles et services*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 248 p.
- Ologoudou M. (2004). *Le rôle de l'éducation dans l'alimentation*, Avis et rapports du Conseil économique et social, Paris, Les éditions des journaux officiels, 138 p.
- Schwartz O. (1990). *Le monde privé des ouvriers : hommes et femmes du Nord*, Paris, Presses universitaires de France, 531 p.

## ANNEXE 1

Exemple de liste de repas, réalisée par une personne âgée rencontrée

Lundi 5.12. potage bœuf jambon mandarine  
 soir soupe fruit  
mardi 6. Pot au feu - raisin, reste de midi  
mercredi Choco route porc - pomme.  
~~jeudi~~ soupe jambon  
jeudi. cotelette porc purée fruit / soupe dauphine  
vendredi poisson et légumes / jambon frites  
samedi. tarte fruit. potage - dauphine  
 dimanche. Hors d'œuvre - lapin audois - gâteau  
 Lundi cotelette porc carotte fruit / pâte  
 mardi - - - - - Compote / soupe dauphine  
 mercredi pizza raisin / croque mœlle  
 jeudi roti bœuf carotte raisin / soupe thon porc  
 vendredi potage poisson salade - potage fruit  
 samedi bœuf pommes / p de terre soupe  
 dimanche pizza bœuf bouguignon purée tarte

ANNEXE 2

**Encadré 1. Exemple de recommandations alimentaires proposées par la diététicienne dans une association d'aide à domicile**

Pour prévenir la dénutrition, la prévention est essentielle.

Elle passe par :

- une alimentation quotidienne de 2 200 kcal,
- un apport en protéines équivalent à 1 gramme par kilo de poids (soit 60 grammes pour une personne pesant 60 kilos), soit deux portions de viande ou poisson par jour,
- cinq fruits et légumes,
- 1,5 litre d'eau,
- et 1 200 mg de calcium.

Le chapitre « L'alimentation au quotidien : s'organiser ensemble » du *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* propose des recommandations autour de l'organisation des repas sous la rubrique « Le bon rythme quotidien : 3 repas et un goûter ». Il est intéressant de souligner, dans la sous-rubrique « Le dîner » (encadré 2), certaines recommandations qui sont à l'opposé des pratiques classiques des personnes âgées : la soupe du soir est jugée insuffisante et il convient d'ajouter au dîner des produits céréaliers, par exemple. Pour autant, la soupe ainsi qu'un morceau de fromage constituent généralement le repas classique des personnes âgées. En complément du guide, Le PNNS fournit une affichette, intitulée « Pense-bête nutrition », destinée à être collée sur le réfrigérateur pour rappeler aux personnes âgées les principaux repères de consommation et les fondamentaux à respecter en matière de nutrition. Parmi ces fondamentaux, on trouve : faire 3 repas par jour et prendre une collation le matin, l'après-midi ou dans la soirée ; boire régulièrement dans la journée sans attendre d'avoir soif ; bouger chaque jour le plus possible.

**Encadré 2. Exemple de recommandations tirées du *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*, réalisé par le PNNS**

Le dîner :

une soupe légère, un fromage blanc et une compote... , ça ne suffit pas pour le soir !

– Il est important de mettre au menu des produits céréaliers (pâtes, riz, semoule...) qui vont recharger l'organisme en glucides complexes pour la nuit et, souvent, permettre un meilleur sommeil.

– Il vaut mieux éviter que la personne mange trop longtemps avant de se coucher, mais si c'est le cas, prévoir une collation avant d'aller au lit.

## ANNEXE 3

Exemple de menu proposé dans le *Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées* (Programme national nutrition santé)

## Idées menus

## Alimentation et texture normale









| Printemps/été  | Automne/hiver  | Repas de fête  |
|--|--|--|
| <b>Petit-déjeuner</b><br>1 bol de chicorée au lait (sucrée ou non)<br>2 ou 3 tranches de pain de campagne + 1 noix de beurre + 2 c à café de miel<br>Fruit frais de saison bien mûr      | <b>Petit-déjeuner</b><br>1 bol de thé<br>Pain + 1 morceau de fromage<br>1 orange pressée   | <b>Petit-déjeuner</b><br>1 bol de café ou de chicorée au lait (sucré ou non)<br>Brioche + confiture<br>Pruneaux cuits  |
| <b>Déjeuner</b><br>Melon<br>Tomates farcies (100 g de bœuf)<br>Coquillettes au fromage (200 g, poids cuit)<br>Clafoutis aux mirabelles ou aux cerises<br>ou gâteau aux mirabelles<br>Eau | <b>Déjeuner</b><br>Salade d'endives et bleu<br>Blanquette de veau à l'ancienne avec riz<br>Yaourt<br>Raisin<br>Pain<br>Eau       | <b>Déjeuner</b><br>Asperges et jambon cru<br>Filet de truite sauce forestière<br>Pommes de terre sautées<br>Plateau de fromage<br>Tarte aux fruits rouges<br>Pain<br>Eau |
| <b>Goûter</b><br>Compote de pêches<br>Fromage blanc en faisselle<br>1 tisane   | <b>Goûter</b><br>1 chocolat chaud<br>Biscuits secs   | <b>Goûter</b><br>Fruit de saison<br>Petit-suisse et crème de marron<br>Boisson   |
| <b>Dîner</b><br>Soupe aux courgettes et à la semoule<br>1 œuf au plat<br>Haricots verts mange-tout (150 g)<br>Cantal 40 g<br>Fraises au vin<br>Pain<br>Eau                               | <b>Dîner</b><br>Soupe aux pois cassés<br>Salade de pommes de terre aux harengs<br>Compote de pommes à la cannelle<br>Pain<br>Eau | <b>Dîner</b><br>Soupe moulinée aux légumes et croûtons<br>Gratin de chou-fleur sauce Béchamel<br>Yaourt<br>Fruit de saison<br>Pain<br>Eau                                |

Si la personne le souhaite, le repas peut être accompagné d'un verre de vin.

ANNEXE 4

Recommandations alimentaires du PNNS relatives aux personnes âgées fragiles

LES REPÈRES DE CONSOMMATION DU PNNS\*  
DES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Fruits et légumes</p>    | <p>Au moins 5 par jour</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• À chaque repas et en cas de petit creux (goûter, collation)</li> <li>• Crus, cuits, nature ou préparés</li> <li>• Frais, surgelés ou en conserve</li> <li>• 1 fruit pressé ou 1 verre de jus de fruits 100% pur jus « sans sucre ajouté » dans la journée</li> </ul>                     |
| <p>Pain et autres aliments céréaliers, pommes de terre et légumes secs</p>  | <p>À chaque repas et selon l'appétit</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain blanc, pain complet, pain aux céréales...</li> <li>• Penser aux féculents : riz, pâtes, semoule, blé, pommes de terre, lentilles, haricots, châtaignes, sarrasin, etc.</li> </ul>   |
| <p>Lait et produits laitiers</p>    | <p>3 ou 4 par jour</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jouer sur la variété : fromage, lait, yaourt, fromage blanc...</li> <li>• Privilégier les produits les plus riches en calcium : emmental, tomme, bleu...</li> </ul>  |
| <p>Viandes, poissons et produits de la pêche, œufs</p>                      | <p>2 fois par jour</p>                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier la variété des espèces</li> <li>• Penser aux morceaux mijotés en sauce, qui sont plus tendres</li> <li>• Poisson : au moins 2 fois par semaine, frais, surgelé ou en conserve</li> <li>• Penser aux œufs et aux abats</li> </ul>   |
| <p>Matières grasses ajoutées</p>   | <p>Sans en abuser</p>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser la variété : huiles, beurre, crème fraîche</li> </ul>  |
| <p>Produits sucrés</p>    | <p>Sans en abuser</p>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• À manger surtout en fin de repas et en collation</li> <li>• Attention aux bonbons et aux boissons sucrées (sirops, boissons sucrées à base de fruits, nectars...)</li> <li>• Ne pas abuser des aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, barres chocolatées, etc.)</li> </ul> |
| <p>Boissons</p>   | <p>1 litre à 1,5 litre d'eau par jour</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'eau est la seule boisson recommandée au cours et en dehors des repas : eau pure mais aussi thé, tisane...</li> <li>• Boissons alcoolisées : ne pas dépasser, par jour, 2 verres de vin pour les femmes et 3 pour les hommes</li> </ul>   |
| <p>Activité physique</p>    | <p>Bouger chaque jour le plus possible</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'activité physique sous toutes ses formes dans la vie quotidienne : marche, jardinage, exercices, ménage, etc.</li> <li>• Pour qu'elle soit profitable, il est souhaitable de « bouger » par périodes d'au moins 10 minutes</li> </ul>   |

\* Ces repères correspondent aux objectifs nutritionnels du PNNS, Programme national nutrition-santé, qui est un programme de santé publique visant à améliorer la santé de la population en jouant sur un de ses déterminants majeurs, la nutrition.