



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

Quand « alimentation plaisir » rime avec bien vieillir



Formateur référent mémoire :
OLERON Marylène

LAMIDEY Anna
Formation infirmière
Promotion 2021-2024
Date : 6 mai 2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'infirmier

Travaux de fin d'études : Quand « alimentation plaisir » rime avec bien vieillir

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 5 mai 2024

Identité et signature de l'étudiant : Anna LAMIDEY

Fraudes aux examens :
CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE
CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier ma référente de mémoire, Madame Oléron Marylène, pour ses conseils et son soutien.

Je tiens aussi à adresser mes remerciements à ma référente pédagogique, Madame Auger-Duclos Kélig pour tout son accompagnement et sa disponibilité sur mes trois années d'école. Je voudrais également adresser un remerciement tout particulier à Madame Mancheron Pascale qui a su avoir les mots justes à mon égard dans un moment compliqué.

D'autre part, j'aimerais remercier les infirmiers qui ont contribué à ce mémoire pour leur disponibilité et leur bienveillance lors des entretiens.

De plus, je souhaite remercier de tout cœur mes amies de promotion, Margot, Louise et Othilie, qui ont toujours été là pour moi pendant ses trois ans de formation.

Je tiens à dédier ce mémoire à mon papy Gérard, pour qui les plaisirs de la table ont toujours été très importants et qui m'a toujours soutenue dans tout ce que j'ai entrepris.

Pour finir, je souhaite remercier ma famille, mes amis et mon conjoint qui ont toujours cru en moi et sans qui je n'en serais pas là aujourd'hui. Merci à eux, d'être présents et de me soutenir au quotidien. Un grand merci particulièrement à ma maman et mon oncle qui ont passé beaucoup de temps à m'accompagner dans ma réflexion et dans la relecture de ce mémoire.

Table des matières

Introduction :	1
I/ Contextualisation	1
1. Situations d'appel	1
2. Cheminement vers la question de départ.	2
II/ Phase conceptuelle :	4
1/ La personne âgée	4
1.1 Qu'est-ce qu'une personne âgée ?	4
1.2 Quelles sont les particularités des personnes âgées institutionnalisées ?	4
1.3 Quel est l'impact du vieillissement ?	5
1.3.1 Les troubles de la déglutition.	6
1.3.2 Les carences nutritionnelles.	6
1.3.3 Les problèmes de dentition.	6
1.3.4 Les troubles du goût et de l'odorat.	6
1.3.5 La dysrégulation de l'appétit.	7
2/ Être soignant en gériatrie	7
2.1 L'infirmière en gériatrie.	7
2.2 Le rôle propre de l'infirmière par rapport à l'alimentation des personnes âgées.	8
2.3 Le rôle infirmier vis-à-vis de la prise médicamenteuse per os.	8
2.4 Une équipe pluriprofessionnelle s'articulant autour du patient.	8
3/ La prise alimentaire de la personne âgée.	9
3.1 Les concepts liés à l'alimentation.	10
3.1.1. Le bien-être.	10
3.1.2. Le plaisir alimentaire.	10
3.1.3. La qualité de vie.	11
3.1.4. Le comportement alimentaire.	11
3.2 L'alimentation au cœur du soin quotidien.	12
3.3 L'importance de l'environnement pour une prise alimentaire de qualité.	12
3.4 De la bonne prise alimentaire à la dénutrition.	12
3.4.1 Les besoins nutritionnels des personnes âgées.	13
3.4.2 La dénutrition.	13
3.4.3 Particularités des sujets âgés atteints de démence.	14
3.5 Vers une amélioration de l'alimentation en EHPAD.	15
4/ La médication per os des personnes âgées.	15

4.1 La polymédication des personnes âgées.	15
4.2 Les difficultés des personnes âgées liées à la prise des thérapeutiques.	16
4.2.1 Quelles sont ces difficultés ?	16
4.2.2 De quelle manière l'IDE s'adapte-t-elle à ces difficultés ?	16
4.3 Lien entre les médicaments per os et l'alimentation.	17
IV/ Protocole de recherche :	18
1 La population interrogée.	18
2 Méthode d'entretien.	18
3 Les modalités de l'entretien.	18
4 Les objectifs de l'entretien.	18
5 Les limites de l'entretien.	19
V/ Analyse des entretiens.	20
1. Parcours professionnel.	20
2. Deux regards sur la population âgée.	20
3. L'infirmier face aux personnes âgées.	20
4. L'alimentation au centre des soins infirmiers.	21
5. Les médicaments per-os dispensés aux personnes âgées.	23
6. L'influence des médicaments sur le plaisir de s'alimenter.	24
VI/ La discussion.	25
1. Le vieillissement de la population.	25
2. La prise des repas, une activité chronophage insoupçonnée.	25
3. Le rôle de l'environnement.	26
4. L'alimentation uniquement sous le prisme de la dénutrition ?	27
5. Ecrase-t-on les médicaments ?	28
6. Mélange-t-on les médicaments ?	29
7. La question de recherche.	30
VI/ La conclusion.	31
VII/ Bibliographie :	32

Annexe 1 : Les 14 missions que l'infirmier se doit de remplir

Annexe 2 : Facteurs pouvant entraîner une diminution des apports alimentaires

Annexe 3 : Risque de dénutrition par rapport à la délégation des activités liées au repas

Annexe 4 : « Bien manger » selon la chartre nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux

Annexe 5 : Guide d'entretien

Annexe 6 : Retranscription entretiens

Annexe 7 : Tableaux d'analyse

Siglier :

- + IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- + IV : Intra-Veineux
- + USLD : Unité de Soins de Longue Durée
- + EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendante
- + ORL : oto-rhino-laryngologiste
- + MNA : Mini Nutritional Assesment
- + HAS : Haute Autorité de Santé
- + AS : Aide-soignante
- + ASH : Agent de Service Hospitalier
- + CNA : Conseil National de l'Alimentation
- + DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- + CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- + Sous-Cut : Sous-Cutanée
- + MPI : Médicaments Potentiellement Inapproprié
- + PNNS : Programme National Nutrition Santé
- + PNA : Programme National pour l'Alimentation

Introduction :

Pour tous, l'alimentation est une activité quotidienne qui rythme notre vie. Chez les personnes âgées, le lien avec la nourriture est encore plus prégnant et leur donne des repères temporels qui les rassurent et qui les aident à organiser leur journée. Une personne âgée institutionnalisée subit le tourbillon de la vie autour d'elle sans pouvoir y prendre part. Cependant, de nombreux facteurs peuvent infléchir sur la qualité de leur alimentation. Notamment les médicaments, quand ils sont écrasés dans le repas. L'alimentation est un point central dans le soin et revêt une importance considérable. La problématique de celle-ci se retrouve dans tous les services de soins. Une mauvaise alimentation peut être dommageable pour une personne âgée, il faut donc y prêter attention.

A travers ce mémoire, j'ai souhaité m'intéresser aux liens qui existent entre la prise médicamenteuse per os à travers l'alimentation et le plaisir, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées institutionnalisées.

Je commencerai par explorer dans la phase conceptuelle les caractéristiques d'une personne âgée, son alimentation, ses traitements et le rôle du soignant en gériatrie. Puis, à travers le protocole de recherche, je relaterai les différents entretiens infirmiers menés pour enfin les analyser. Au regard de toutes les phases précédentes, je pourrai aborder la discussion.

I/ Contextualisation

1. Situations d'appel

La première situation m'a été inspirée par mon stage en EHPAD. Les résidents mangeaient en salle de restauration ou en chambre quand il n'était pas possible pour eux d'y venir. J'ai pu constater que le moment du repas était un moment de plaisir et de partage. Certains résidents avaient besoin d'une aide au repas. Ces derniers mangeaient, le plus souvent, en texture moulinée et leurs médicaments étaient écrasés et mélangés avec le reste du repas. Certaines personnes ne voulaient pas manger car les médicaments donnaient du goût à leur repas. Quand nous leur proposons des mets sans médicament, ces résidents mangeaient avec plus d'appétit.

Par ailleurs, dans cet EHPAD, les personnes âgées avaient le droit à un verre de vin pendant le repas. J'ai pu accompagner un résident de 97 ans dont le plaisir était de boire un verre de vin rouge et de manger du pain. Cependant, après ce plaisir, il n'avait quasiment plus d'appétit. Certains soignants ont donc décidé de ne plus lui donner ce verre de vin rouge afin qu'il apprécie davantage son repas. En revanche, cela n'a pas eu l'effet escompté, puisque le résident était très malheureux et ne retrouvait

plus le plaisir de manger. Il était de très basse thymie quand il venait au repas et qu'il n'avait pas son verre de vin et son pain.

La seconde situation m'a interpellée lors de mon stage en gériatrie aiguë. Une patiente de 84 ans est entrée dans le service pour refus de soins à domicile et maintien à domicile difficile. A son entrée à l'hôpital, elle refusait tous les soins. Le moment du repas était un moment compliqué pour la patiente. Elle n'acceptait pas que quelqu'un soit présent quand elle mangeait. Elle mangeait peu et était peu attirée par la nourriture de l'hôpital. La décision a été prise de concentrer un maximum ses traitements le matin. Quand nous lui amenions ses médicaments, soit elle refusait de les prendre, soit elle n'en prenait qu'une partie car selon ses habitudes de vie et ses dires « je n'en prends que quatre chez moi alors j'en prendrai que quatre ». Une des solutions trouvées par l'équipe a été d'écraser ses médicaments et de les cacher dans le pain de mie le matin. La patiente n'a pas remarqué la méthode employée durant plusieurs jours. Cependant, un jour la patiente a remarqué qu'il y avait de la poudre dans son pain de mie. Elle a alors arrêté de manger la nourriture qu'on lui amenait. Elle était très suspicieuse de tout ce qui se passait, elle ne buvait presque plus d'eau et ne mangeait rien de son plateau. Elle avalait seulement des petits gâteaux que sa fille lui ramenait. Au regard de cette situation, il a été décidé de ne plus dissimuler ses traitements dans la nourriture pour tenter de regagner sa confiance.

2. Cheminement vers la question de départ.

La problématique principale est la suivante : quelles sont les conséquences des actes IDE sur l'alimentation des patients ? Quel est l'impact sur leur santé ? Existe-t-il d'autres solutions, méthodes ou techniques pour concilier l'alimentation et la prise des thérapeutiques per os ? Quel est l'impact sur leur bien-être ? Quel impact est le plus significatif entre le bien-être entre la santé et entre la prise de médicaments ?

On peut se questionner sur les habitudes de vie antérieures : comment mangeaient les personnes concernées à leur domicile ? Ont-elles une pathologie psychiatrique qui impliquerait une psychose avec délire de persécution ? Quelle est la balance bénéfique/risque entre le fait que la patiente mange ou qu'elle prenne ses traitements ?

Lors de la prise de décision de cacher les traitements, la famille a-t-elle été sollicitée ? Quelles sont les solutions mises en place pour que la patiente évite la dénutrition et la déshydratation ? Quel est l'impact sur son poids ? Comment faire pour l'aider à retrouver le plaisir de manger ? Comment faire pour donner les médicaments aux patients en leur laissant le plaisir de manger ? Quel est l'impact sur leur façon de manger ? Quel est l'impact sur leur bien-être ? Sur leur qualité de vie ? Comment faire autrement ? Les méthodes des verres d'eau ou la compote avant manger pour la prise des médicaments

sont-elles efficaces ? Comment agir sur leur plaisir de manger ? Comment assurer leur bien-être malgré cette médication ? Comment accompagner l'envie de manger ? Le problème est-il seulement une question de repas ou de médicaments à prendre ou ne pas prendre ? N'y a-t-il pas d'autres critères à prendre en compte, comme par exemple l'installation du patient ?

Toutes ces réflexions m'ont amenée à formuler cette question : **Dans quelles mesures l'IDE peut-elle adapter la prise des médicaments per os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de la prise alimentaire ?**

A travers cette problématique, j'ai voulu comprendre si le plaisir de s'alimenter pouvait compliquer la prise médicamenteuse. Ce questionnement est si essentiel que mes intentions sont d'intégrer dans mon projet professionnel des ébauches de solutions qui permettraient de concilier la qualité de la prise alimentaire tout en préservant la qualité de soin.

II/ Phase conceptuelle :

1/ La personne âgée.

La proportion de la population ayant un âge supérieur à 75 ans devrait significativement augmenter durant les prochaines décennies “passant de 9,3% de la population en 2020 (6 millions) à 17,9% en 2070 (13,7 millions).” (Manicot et al., 2022, p1)

1.1 Qu’est-ce qu’une personne âgée ?

Malgré l’absence d’une définition claire et officielle du vieillissement, El Rahi définit, dans sa thèse, ce terme comme un processus amenant des détériorations au cours de la vie post-maturation d’une personne s’associant à un risque de morbidité, d’incapacité voir de décès. (El Rahi, 2014).

Selon Santé Canada, le concept de vieillissement est défini comme « un processus permanent d’optimisation des possibilités permettant d’améliorer et de préserver la santé et le bien-être physique, social et psychologique, l’autonomie et la qualité de vie ainsi que de favoriser les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de la vie. » (santé canada, 2012, p1) De plus, ils ont identifié l’arrêt du tabac, l’alimentation, l’activité physique adaptée, la santé bucco-dentaire ou encore la prévention des blessures comme des facteurs déterminants pour améliorer le vieillissement de la santé.

D’autre part, le classement de la population âgée peut se définir en trois catégories différentes selon un avis publié par le CNA sur ses besoins alimentaires et ses contraintes spécifiques. Les gériatres et gérontologues donnent cette classification : “les personnes qui vieillissent en bonne santé, les sujets âgés fragiles et les sujets âgés malades, proches de leur fin de vie.” (Conseil national de l’alimentation, 2005, p5). En fonction de la catégorie dans laquelle elles sont classées, ces personnes ont des besoins et comportements en matière d’alimentation très différents et cela pourrait être très délétère d’établir des conclusions et recommandations indifférenciées. (Conseil national de l’alimentation, 2005)

1.2 Quelles sont les particularités des personnes âgées institutionnalisées ?

Selon les résultats de l’enquête “EHPA 2019” publiés par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DRESS), les personnes âgées vivant ou fréquentant un établissement d’hébergement étaient au nombre de 730 000 fin 2019. A travers ce groupe, 10% représentaient les personnes de 75 ans et plus et moins d’un tiers d’entre elles avaient 90 ans et plus. De plus, selon l’article édité par Neo Restauration en 2014, 70 % des personnes âgées

institutionnalisées présentent une dégradation de leur état de santé durant une hospitalisation d'une durée supérieure à deux semaines. Il est également intéressant de noter que 15 à 40% des personnes âgées institutionnalisées seraient dénutries. (Restauration, 2014)

On pourrait se questionner sur le moment que la personne âgée choisit pour entrer dans une institution adaptée ? Est-ce un choix personnel ? Est-ce un proche qui prend la décision pour elle ? Les médecins sont-ils plus aptes à prendre ce type de décision ? Selon Stanley & Beare, "la personne âgée et son entourage décident d'une orientation vers une unité de soins quand la charge en soins qu'elle représente est trop importante pour ses proches" (Stanley & Beare, 2005, p105). Elle repose souvent sur la perte de plusieurs soutiens.

Selon la littérature, deux types de résidents sont décrits :

- **Le résident de courte durée** : Celui-ci est plus jeune, reste environ 3 à 6 mois et vient d'un service de l'hôpital ou de réadaptation. Il souffre d'une maladie aiguë et présente des problèmes chroniques continus. Une fois les soins reçus et une autonomie restaurée, il peut rentrer à domicile.
- **Le résident de longue durée** : Celui-ci est plus âgé, vient du domicile. Il présente plus d'altérations cognitives et fonctionnelles. Il reste en institution jusqu'à son transfert en unité de soins aiguë ou jusqu'au décès.

Les hospitalisations des personnes âgées sont souvent dues à une polypathologie entraînant une polymédication note Rolland & Gouett. En plus de ces différentes pathologies, de nombreux déficits comme auditifs, visuels... viennent s'associer. Cependant, la plupart des personnes âgées présentent un syndrome de fragilité qui est défini par Rolland & Gouette comme « un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance, l'existence ou l'absence de ressources et, enfin, la présence ou non d'un entourage. Il est dynamique et évolutif, et peut être amélioré par des actions adaptées. ». (TRIVALLE & JEANDEL, 2009, p. 336—56)

« Les pathologies les plus souvent retrouvées sont : les pathologies cardiaques, les altérations cognitives, l'arthrose, l'hypertension et le diabète. Des altérations sensorielles sont présentées à des degrés variables chez 85 à 90% des résidents de longue durée. » (Stanley & Beare, 2005, p5)

1.3 Quel est l'impact du vieillissement ?

Dans la dégradation progressive de l'autonomie de la personne âgée, c'est l'acte de s'alimenter qui est souvent perdu en dernier. Au début de cette perte, une aide partielle est mise en place, puis au fur et à mesure de la dégradation une aide totale sera effectuée par un tiers (un soignant ou un proche). Cette dernière est souvent, en premier lieu, effectuée par un proche. (Soriano, 2022)

1.3.1 Les troubles de la déglutition.

Les fonctions du corps humain peuvent s'altérer. Celles en rapport avec l'alimentation sont ainsi décrites par Puisieux : « Les différentes structures et fonctions de la sphère oropharyngée n'échappent pas au vieillissement. La notion de « presbyphagie » peut se définir chez le sujet âgé par un ralentissement global du processus de déglutition qui affecte aussi bien la phase orale que la phase pharyngée » (Puisieux et al., 2009, p588). Plus l'âge avance et plus les muscles ont tendance à s'atrophier. Cette atrophie musculaire atteint principalement les muscles des lèvres, du pharynx, de la respiration et de la sangle abdominale. Cela engendre une toux moins efficace et compromet la protection des voies aériennes. (Dr Schweizer, 2010)

1.3.2 Les carences nutritionnelles.

Comme l'indique El Rahi, (2014) dans sa thèse, la masse maigre diminue lors du vieillissement. Les travaux de Cardon (2008) portant sur l'alimentation des personnes âgées en France vont dans le même sens. Les transformations physiologiques et psychologiques liées au processus de vieillissement sont susceptibles de mener à un état de dénutrition provoqué par « des carences nutritionnelles importantes, un affaiblissement physique et psychique, aggravant l'état de santé et accélérant le vieillissement » (Régimbal, 2020, p4). La perte de l'autonomie physique due au vieillissement conduirait aussi à la dépendance culinaire ou la délégation à d'autres responsabilités en matière d'alimentation. (Régimbal, 2020)

1.3.3 Les problèmes de dentition.

La dentition des personnes âgées peut poser un problème lors de l'alimentation. En effet selon Schweizer, «soixante pour cent des personnes de plus de 65 ans sont édentés et portent des prothèses plutôt anciennes et mal adaptées. L'efficacité de la mastication reste bonne si la dentition est intacte. Elle diminue de 30 à 75% lors du port de prothèses dentaires ; ces dernières altèrent les sensations gustatives et la sensibilité buccale » (Dr Schweizer, 2010, p1860)

1.3.4 Les troubles du goût et de l'odorat.

Le sujet âgé est amené avec l'âge à perdre des papilles gustatives et de la sensibilité au niveau des récepteurs sensitifs. En effet, cette diminution entraîne des troubles voire une perte de goût. L'odorat, lui qui est responsable pour 80% de notre perception des saveurs, se délabre systématiquement avec l'âge. (Dr Schweizer, 2010). Néanmoins, cette diminution moyenne dissimule une grande diversité entre les individus. (Sulmont-Rossé et al., 2016)

1.3.5 La dysrégulation de l'appétit.

La population âgée rencontre une dégradation de la régulation de l'appétit, sans que soit mise en cause une quelconque pathologie. Ce phénomène peut s'expliquer par plusieurs mécanismes : facteurs hormonaux ou encore ralentissement de la vidange gastrique, ... Le sentiment de satiété apparaît plus tôt lors du repas, et si le sujet âgé est soumis à une perte de poids, il ne récupère pas forcément son poids d'avant (Manicot et al., 2022). Les personnes âgées ne sont plus en capacité de réguler leur alimentation ainsi que de garder un poids stable à la suite de moments de sous ou sur-alimentation. La population âgée, quel que soit son état de santé, ressent le matin, à jeun, une impression d'appétit inférieure à celle de la population jeune. Cela est appelé "l'anorexie liée à l'âge". Le plus probable est qu'elle soit le résultat d'un processus multifactoriel, impliquant à la fois une diminution des capacités sensorielles, le vieillissement de l'appareil digestif, différentes altérations des fonctions hormonales et des facteurs culturels et sociaux. Elle pourra être aggravée à la suite de maladie ou d'une dépendance. (Raynaud-Simon, 2009)

2/ Être soignant en gériatrie.

2.1 L'infirmière en gériatrie.

Une définition de la profession est donnée par l'article de Acker, 1991: « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui en fonction des diplômes qui l'y habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescriptions ou conseil médical, ou bien en application du rôle propre qui lui est dévolu. En outre l'infirmière ou l'infirmier participent à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. Au centre du réseau de mots clés se trouve le terme de "soins infirmiers" » (Acker, 1991, p125). Ils peuvent être entendus comme « une discipline visant à offrir à une personne et/ ou une collectivité un ensemble de prestations qui concourent à répondre à leurs besoins de santé » (Acker, 1991, p127). C'est seulement à partir de 1978 qu'est apparu à travers une loi le rôle propre de l'IDE. Celui-ci permet une autonomie plus forte et la reconnaissance d'un champ de compétences.

Selon le livre "L'infirmière et les soins aux personnes âgées" (Belmin et al., 2005), le rôle infirmier en gériatrie exige des valeurs personnelles et institutionnelles. De plus, il leur faut réunir plusieurs qualités comme la compétence en matière de soins, la connaissance de savoirs spécifiques ainsi que des qualités personnelles comme l'humanité et l'authenticité. L'infirmière a une place particulière et peut exercer pleinement son rôle propre. Elle a aussi une grande place dans la coordination des soins entre les différents professionnels qui gravitent auprès de la personne âgée. Son rôle est de mettre en place des outils et des recueils d'informations en partenariat avec l'équipe pluri catégorielle et

pluridisciplinaire. Elle doit aussi prendre en compte l'entourage pour l'accompagner et pour une intégration des aidants.

2.2 Le rôle propre de l'infirmière par rapport à l'alimentation des personnes âgées.

Selon le livre "L'infirmière et les soins aux personnes âgées" (Belmin et al., 2005), l'alimentation des personnes âgées est un moment compliqué. Il doit être vécu comme un soin à part entière, tout en se rapportant au bon sens. Pour cela, le soignant a pour rôle de rechercher et créer "une ambiance calme et harmonieuse" (Belmin et al., 2005, p99). Différents moyens sont envisageables comme les petites quantités, la musique, une présentation esthétique... tout en prenant en compte les textures. Le soignant peut également utiliser la taille des couverts comme l'explique l'ouvrage : "Loin de nous ces grosses cuillères débordantes d'une mixture compacte absolument écœurante !" (Belmin et al., 2005, p99). L'ouvrage suggère également de mettre en place des actions soignantes afin de garantir un moment de plaisir et de partage comme "s'asseoir plutôt que rester debout, utiliser une petite cuillère pour donner ce repas, ne pas mélanger les aliments, permettre au patient d'identifier les goûts, ses goûts, prendre le temps malgré les contraintes, solliciter toute l'équipe à l'heure du repas (12h-13 h dans les institutions), inviter les aidants naturels à rejoindre l'équipe". (Belmin et al., 2005, p99)

Le livre "L'infirmière et les soins aux personnes âgées" (Belmin et al., 2005, p99) développe également une partie sur le rôle propre de l'infirmier au moment de l'alimentation. A travers cet ouvrage, on découvre qu'il existe 14 missions que l'infirmier(e) se doit de remplir (cf. annexe 1).

2.3 Le rôle infirmier vis-à-vis de la prise médicamenteuse per os.

L'administration et l'aide à la prise du médicament relèvent du rôle propre des infirmiers. Les tâches de distribution des médicaments peuvent être déléguées aux aides-soignantes sous certaines conditions (Vétel et al., 2012).

La distribution des médicaments est un acte chronophage et parfois répétitif. En particulier le matin, car les prescriptions sont souvent pour le matin si une fois par jour et le matin et soir si deux fois par jour. De plus, le nombre d'infirmières est rarement proportionnel au nombre de patients en EHPAD. (Vétel et al., 2012)

2.4 Une équipe pluriprofessionnelle s'articulant autour du patient.

Il existe différentes aides aux repas pour les personnes âgées qui peuvent être apportées par plusieurs professionnels en fonction des structures d'accueil : infirmières, aides-soignantes, agents de soins, ... (click&care, s. d). Pierre Cardon relate 3 typologies d'aides au repas :

- « la subordination (l'aide « fait pour » la personne âgée, mais sous le contrôle de cette dernière) ;

- la complémentarité (l'aide « fait avec », où les deux parties échangent, négocient et adaptent leurs pratiques) ;

- la substitution (l'aide « fait à la place de » et prend les initiatives) » (Soriano, 2022, p29).

“Du point de vue des interactions de service, motiver les personnes âgées à boire et à manger devient une compétence professionnelle attendue de la part des agents de service en charge du repas.”(Guérin, 2016, p5).

Cependant, Guérin décrit les difficultés de travail que rencontrent les AS et ASH dans l'exercice de leur fonction. “Dans ce contexte, pour s'assurer que tous les résidents mangent, un même ASH ou AS en arrive parfois à donner à manger à la cuillère à deux résidents en même temps. Une autre manière consiste à mélanger ensemble l'entrée et le plat. Ces pratiques sont autant condamnées par les professionnels hiérarchiques que par les acteurs de première ligne du service du repas.”(Guérin, 2016, p6) “Garantir un apport nutritionnel quotidien suppose donc, non seulement de déjouer les refus alimentaires de la part des résidents, mais aussi de limiter les risques qui entourent l'acte de manger en respectant les régimes alimentaires et ce, même quand un résident s'y oppose fermement. Le contrôle alimentaire des résidents se centre moins ici sur l'idée de guérir ou de sauver la vie que de la préserver »(Guérin, 2016, p7). “Régulièrement, les résidents que l'on fait manger à la cuillère sont aussi ceux qui mangent les aliments sous forme mixée. Laissés seuls, ils sont souvent très lents par rapport aux horaires de service à respecter. Dans un contexte d'hébergement où 50 % des résidents auraient des problèmes de déglutition (Direction générale de la santé, 2007), faire manger, bouchée après bouchée, correspond bien à une manière efficace d'assurer le service, amenant à se demander dans quelle mesure la dépendance est une construction sociale induite par les cadences rapides du travail.”(Guérin,2016,p7)

3/ La prise alimentaire de la personne âgée.

De plus en plus d'études montrent que suivre une alimentation diversifiée et équilibrée tout au long de la vie est bénéfique pour tous. Cela permet de préserver les fonctions physiologiques, diminuer les risques de maladie et promouvoir l'autonomie et le bien-être des individus jusqu'à un âge avancé. (Ferland, 2012).

De nombreuses personnes âgées considèrent qu'aborder leur rapport à l'alimentation dans le cadre d'un entretien représente un acte intrusif dans leur intimité (souvenirs, relations de couple et autres liens familiaux). Chaque personne a une relation singulière avec l'alimentation, mettant en lumière un parcours de vie unique et différent des autres. Le problème de la solitude ressentie par de nombreuses personnes âgées peut avoir un impact négatif sur l'alimentation. « Enfin, selon plusieurs personnes,

parler, échanger, se raconter ou écouter les autres est nécessaire à leur bien-être, puisque nécessaire pour avoir envie de manger. » (Régimbal, 2020, p9).

3.1 Les concepts liés à l'alimentation.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRL, p1), le terme alimentation se définit comme l'«action de fournir à un être vivant ou de se procurer à soi-même les éléments nécessaires à la croissance, à la conservation». L'alimentation est donc un moment vital pour l'être vivant.

Comme le dit MARTIN (2017, p16), « L'alimentation est un soin mais elle doit aussi et surtout être source de plaisir. » Pour cela, le sociologue Igor De Garine explique que les aliments doivent « posséder certains caractères sur le plan de l'odeur, de la saveur et du toucher et satisfaire l'appétit, c'est-à-dire le désir de renouveler une expérience sensorielle agréable et de retrouver un bien-être consécutif à l'alimentation. » (DE GARINE I., 1979, p 70-92)

Cependant, l'alimentation ne peut pas seulement se réduire à l'acte alimentaire, elle est également associée au bien-être, au plaisir, à la qualité de vie, au comportement alimentaire...

3.1.1. Le bien-être.

Cinq dimensions du bien-être ont été définies par McAll et al. (2017) et McAll (2014) : la dimension matérielle, relationnelle, corporelle, décisionnelle et temporelle. Ainsi, le bien-être alimentaire n'est pas qu'une affaire de « bouffe », elle est aussi, et parfois surtout, une affaire de relations sociales. Développer des pratiques qui tendent vers un plus grand « bien-être alimentaire » nécessite de penser l'alimentation dans toutes ses dimensions » (Régimbal, 2020, p13).

3.1.2. Le plaisir alimentaire.

Selon le Larousse, le plaisir est un « état de contentement que crée chez quelqu'un la satisfaction d'une tendance, d'un besoin, d'un désir. ».

« Le plaisir alimentaire, ou encore le plaisir de la table, tient à cet égard une place particulièrement importante. Il peut être défini comme un état de bien-être passager provoqué par l'anticipation de la consommation ou par la consommation d'un aliment. » (publique (EHESP) et al., 2018, p3).

Le plaisir est une notion centrale de l'alimentation. En effet, «le plaisir de la table est de tous les âges, de toutes les conditions, de tous les pays et de tous les jours ; il peut s'associer à tous les autres plaisirs, et reste le dernier, pour nous consoler de leur perte.» (Brillat-Savarin, 1848, p10).

Le plaisir gustatif des personnes âgées institutionnalisées est souvent négligé par les contraintes d'une cuisine centralisée. En effet, « celui-ci est un plaisir individuel qui dépend des goûts et des habitudes alimentaires de chacun et qui peut donc être parfois difficile à concilier avec les contraintes propres à la restauration collective en EHPAD » (MARTIN, 2017, p18).

3.1.3. La qualité de vie.

L'alimentation est un des facteurs principaux de la qualité de vie d'une personne âgée. C'est à la fois un acte culturel et social qui permet la relation et le maintien des traditions. La qualité de vie est définie par l'OMS comme « la perception qu'un individu a de sa place dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est donc un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement” (World Health Organization, 1993, p134).

3.1.4. Le comportement alimentaire.

D'après Legg (1994), l'appétit est considéré comme une composante de l'état motivationnel reflétant le désir de manger. (St-Arnaud McKenzie, 2007)

Notre comportement alimentaire est influencé par notre appétit mais dépend de nos besoins alimentaires. « Les données de la recherche suggèrent que pour mieux comprendre les besoins alimentaires des personnes âgées, il est nécessaire au préalable de mieux saisir le rapport dans toute sa globalité qu'elles entretiennent avec l'alimentation. » (Régimbal, 2020, p12).

Cependant, notre comportement alimentaire n'est pas uniquement lié à nos besoins biologiques. « Le comportement alimentaire doit satisfaire aussi bien les besoins nutritionnels que les besoins énergétiques d'un individu. L'acte de manger dépasse le biologique et assure deux autres fonctions : une fonction hédonique et une fonction symbolique. Une bonne articulation de ces trois fonctions est nécessaire au bon déroulement de l'alimentation » (Panayoty, 2002, p2).

Les changements dans le comportement alimentaire de la population âgée peuvent entraîner un risque d'altération du statut nutritionnel. (Soriano, 2022)

Les chercheurs ont établi plusieurs « modèles alimentaires pour permettre une meilleure compréhension de l'impact de l'alimentation sur la santé. Le modèle français est caractérisé par le repas à table et les savoir-faire culinaires « Plus que la nourriture elle-même, ce sont donc les manières de préparer, de présenter et de consommer la nourriture qui déterminent de façon décisive le modèle français. » (Soriano, 2022, p20)

3.2 L'alimentation au cœur du soin quotidien.

L'alimentation s'inscrit dans les soins quotidiens par sa récurrence. « La restauration contribue, comme les thérapies et les médicaments, à la bonne santé des patients et des résidents. Le repas est un moment de soin et de bien-être. De manière générale, le moment du repas en milieu hospitalier n'est pas forcément appréhendé comme un soin à part entière. L'offre alimentaire hospitalière est standardisée pour l'adulte : elle respecte les aversions, les allergies, mais elle n'est pas individualisée. Les études réalisées démontrent que les patients consomment moins de 50 % des apports protéiques nécessaires et que la durée du jeûne nocturne dépasse les treize heures. » (Brasselet, 2023,p14)

3.3 L'importance de l'environnement pour une prise alimentaire de qualité.

« Il faut rappeler que la source du plaisir dépasse le contenu de l'assiette et se trouve potentiellement dans tout ce qui entoure le repas. » (MARTIN, 2017, p18). L'environnement de la personne âgée est un facteur clé d'une prise alimentaire de qualité. En effet, celui-ci compte pour 80 % de la qualité ressentie. (Brasselet, 2023)

De plus des études (Elmståhl et al, 1987 ; Mathey et al, 2001 ; Nijs et al, 2006) ont prouvé l'influence de l'environnement sur la prise alimentaire. En effet, des modifications de leur environnement (la décoration de la salle à manger, un changement de mobilier ou encore une réorganisation du personnel) permettent de diminuer le risque de dénutrition en institution. Dans l'étude menée dans le cadre de son article, l'auteur démontre que le fait d'améliorer un seul élément du contexte du repas permet de maximiser le plaisir lié au repas et/ou à la prise alimentaire. (Divert et al., 2012)

Camille Divert et al. ont prouvé que l'ajout ou l'existence de condiments "avait un impact positif sur la prise alimentaire en maison de retraite" (Sulmont-Rossé, 2020, p5).

3.4 De la bonne prise alimentaire à la dénutrition.

Les personnes âgées ont des affections et les déplaisances alimentaires variables. Par exemple, l'idée reçue que la population âgée adore forcément les aliments sucrés est fautive. Selon l'enquête AUPALESENS, "45 % des personnes âgées de plus de 65 ans "ne raffolent pas des biscuits et des bonbons" et "ne sucent pas leur boisson chaude" ». De plus, "une vaste étude menée auprès de plus de 37 000 Français a montré que l'attrance pour le goût sucré diminue avec l'âge (étude NutriNet-Santé)." (Sulmont-Rossé et al., 2016, p4)

Outre les changements physiologiques associés au vieillissement, divers éléments accroissent le risque de dénutrition. Les carences en apports alimentaires sont une préoccupation majeure pour les

soignants. Différents facteurs peuvent entraîner une diminution des apports alimentaires. Ils sont décrits dans l'article (Manicot et al., 2022): cf. annexe 2.

3.4.1 Les besoins nutritionnels des personnes âgées.

Les besoins nutritionnels des personnes âgées sont globalement assez proches des sujets plus jeunes. En revanche, il faut prendre en considération certaines particularités comme les besoins spécifiques en acide gras, calcium et vitamine B, D et E. (Ferry et al., 2007)

Selon un avis rendu par le CNA, il est maintenant reconnu que les personnes âgées ont besoin d'une alimentation riche, diversifiée et nutritive. En effet, à niveau d'activité égal, leurs besoins énergétiques dépassent ceux des individus plus jeunes. Ces besoins énergétiques sont essentiels pour maintenir une santé optimale, une activité nécessaire et une composition corporelle adéquate. Ils varient donc d'un individu à l'autre (Conseil national de l'alimentation, 2005).

3.4.2 La dénutrition.

Si « la nutrition s'entend comme l'équilibre entre les apports liés à l'alimentation et les dépenses occasionnées par l'activité physique, la dénutrition peut donc être envisagée comme un déséquilibre entre ces apports et ces dépenses. » (MARTIN, 2017,p11) Celle-ci peut avoir de graves conséquences sur le bien-être des personnes âgées. (Brasselet, 2023) La surveillance de l'état nutritionnel de la population âgée implique : les aidants, les soignants et les patients eux-mêmes ainsi que tous les acteurs qui peuvent graviter autour de cette population. Celle-ci repose sur l'évaluation de l'appétit, la force musculaire, la mesure du poids, l'évaluation de la consommation alimentaire et le calcul de l'IMC. Il est recommandé de surveiller l'évolution de l'état nutritionnel :

- à l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie ;
- en EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.” (HAS, 2021, p11)

Les modalités de prise en charge en cas de dénutrition ont été explicitées par l'HAS en 2007 dans une de ses recommandations : Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Elles sont les suivantes :

- “Les conseils nutritionnels : augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée, éviter une période de jeûne nocturne trop longue, privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient, organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable”.

- “L’enrichissement de l’alimentation : il consiste à enrichir l’alimentation traditionnelle avec différents produits de base. Il a pour but d’augmenter l’apport énergétique et protéique d’une ration sans en augmenter le volume.”
- “Les compléments nutritionnels oraux” (HAS, 2007, p47)

« Deux études françaises, AUPALESENS et RENESSENS montrent que plus on délègue tout ou partie des activités liées aux repas, plus le risque de dénutrition (évalué selon le MNA) est élevé »(Soriano, 2022, p26) cf. annexe 3. Cela montre qu’une fois que la personne âgée est institutionnalisée, son risque de dénutrition est très largement augmenté.

3.4.3 Particularités des sujets âgés atteints de démence.

Dans le cadre d’une personne atteinte de démence l’aide alimentaire peut être mal accueillie. Si elle est perçue comme injustifiée, elle peut entraîner des troubles du comportement, un repli sur soi ou encore un refus alimentaire.

La personne ne perçoit plus les mêmes sensations, ses goûts peuvent changer. Elle ne parvient plus à communiquer, elle ne sait plus utiliser des couverts, ne sait plus si elle a faim ou pas, son rythme est différent, son expression n’est plus aisée. Il est préconisé d’installer la personne démente dans une atmosphère chaleureuse et calme. Cela peut aider d’avoir une pièce tempérée, peu bruyante, un éclairage doux et une ambiance musicale peuvent favoriser la détente. Il est important de respecter des heures fixes de repas pour bien structurer la journée des résidents. On doit les accompagner tout au long du repas en s’asseyant en face ou à côté de lui en adaptant son langage à son comportement et en évoquant des sujets connus et familiers. Pour stimuler l’appétit du résident, il faut soigner le visuel. Une attention particulière doit être donnée à l’hygiène bucco-dentaire. Dans cet article, il est noté que les régimes restrictifs sont déconseillés car ils peuvent induire une malnutrition. (Hopitaux universitaires Genève, 2016)

Le manger main : l’état de démence peut entraîner une perte totale des capacités à utiliser des couverts. Cependant, la personne garde le réflexe de porter les aliments à la bouche. L’idée est de présenter au patient un plateau où les aliments sont adaptés à la prise par les mains. Cela permet de favoriser l’autonomie et de stimuler la prise alimentaire. Même si cette approche peut être mal vue, il est important de rappeler que dans le démence, prévenir la malnutrition par tous les moyens possibles prime sur la bienséance. (Hopitaux universitaires Genève, 2016)

3.5 Vers une amélioration de l'alimentation en EHPAD.

Un recueil d'actions pour améliorer l'alimentation en EHPAD a été publié par le ministère de l'Agriculture de l'agroalimentaire et de la forêt en 2017. Ce guide propose des actions soignantes qui peuvent être mises en place dans les établissements accueillant des personnes âgées. Il est une ressource incontestable pour les professionnels du secteur. Il permet de mieux cerner les besoins de cette population et d'y trouver des actions concrètes pour pouvoir améliorer leur alimentation.

Cet ouvrage montre l'importance d'impliquer les résidents dans leur alimentation et d'agir sur l'environnement. Ce guide s'inscrit dans une politique globale expliquée par le programme national pour l'alimentation. L'alimentation des personnes âgées est donc un sujet de préoccupation au cœur des politiques publiques. Pour reprendre le logo du PNA "bien manger, c'est l'affaire de tous !" (Ministère de l'agriculture de l'agroalimentaire et de la forêt, 2017). Le programme nutrition 2023, concrétise la considération de cet "enjeu majeur de la nutrition en établissement médico-social" avec la signature entre la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'agriculture d'une « charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux » cf. annexe 4. "Cette charte s'inscrit en cohérence avec les actions du PNNS et du PNA. Elle vise à promouvoir le plaisir à table, à améliorer, pour leur santé et leur bien-être, l'alimentation des personnes accueillies, à lutter contre le gaspillage alimentaire et à garantir un approvisionnement local et de qualité." (Ministère des solidarités et de la santé, 2019)

« La qualité des repas en établissement accueillant des personnes âgées est donc prônée par tous les acteurs et est même devenue une exigence réglementaire avec le décret du 30 janvier 2012 relatif à la qualité nutritionnelle des repas servis dans les établissements sociaux et médico-sociaux. Ce décret indique notamment que les plats proposés aux personnes âgées (quatre ou cinq à chaque déjeuner ou dîner) doivent être variés et adaptés à leurs goûts et habitudes alimentaires. » (MARTIN, 2017, p10)

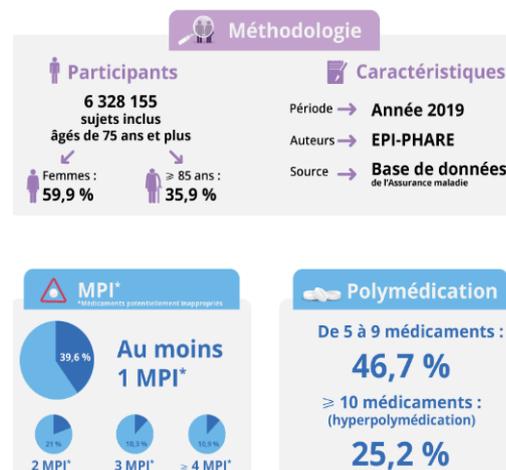
4/ La médication per os des personnes âgées.

4.1 La polymédication des personnes âgées.

D'après une étude menée par Thelliez, s. d., 2023 :

Selon (Stanley & Beare, 2005, p. 86), "le terme polymédication a été initialement inventé comme un terme descriptif pour caractériser l'utilisation simultanée de multiples médicaments. Or ce type d'utilisation peut avoir

pour conséquences des effets cliniques importants." La polypathologie d'un individu âgé induit souvent une polymédication qui multiplie les risques d'accidents iatrogènes. Est-ce que le plaisir alimentaire ne risque pas d'être altéré par la polymédication ?



La polymédication rencontrée régulièrement chez les personnes âgées peut avoir un impact sur leur statut nutritionnel. En effet selon Dr Laterre & Dr Losseau, “50% des patients consommant ≥ 10 médicaments sont dénutris ou à risque de dénutrition.” (Dr Laterre & Dr Losseau, 2019, p7). De plus, certains médicaments comportent des restrictions alimentaires.

4.2 Les difficultés des personnes âgées liées à la prise des thérapeutiques.

4.2.1 Quelles sont ces difficultés ?

Selon Dr Laterre & Dr Losseau, la prise médicamenteuse nombreuse crée un problème chez les personnes âgées à faible appétit. Ce problème est renforcé par certaines directives strictes concernant la prise de médicaments : prendre avec 250 millilitres d'eau, rester debout pendant 30 minutes, ne pas se coucher après la prise, à prendre le matin, à jeun, au lever, au moins une demi-heure avant le repas. (Dr Laterre & Dr Losseau, 2019)

D'autre part, la prise médicamenteuse des personnes âgées est fréquemment confrontée à des troubles de la déglutition ou à des troubles psycho-comportementaux qui gênent l'administration des médicaments.(Caussin et al., 2012)

4.2.2 De quelle manière l'IDE s'adapte-t-elle à ces difficultés ?

Pour pallier les différentes difficultés citées ci-dessus, l'IDE recourt souvent à l'écrasement des médicaments (Caussin et al., 2012). L'IDE doit dans ce cadre “contrôler le type de formulation galénique et vérifier si l'écrasement est autorisé.” (Fodil et al., 2012,p36). En effet, étant donné que l'écrasement peut engendrer quelques complications chez le patient, cet acte est souvent soumis à une validation d'un médecin ou aux conseils d'un pharmacien. “Cet écrasement peut conduire à une modification de la forme galénique ou à une modification du profil de libération et d'absorption du principe actif. Il peut aussi modifier l'efficacité du médicament. Il existe des risques d'irritation ou d'ulcération des muqueuses.”(Fodil et al., 2012,p39)

L'IDE peut également dans certaines cas ouvrir les gélules “si les caractéristiques du produit le mentionnent” (Fodil et al., 2012, p36).

4.3 Lien entre les médicaments per os et l'alimentation.

D'après Bhupathiraju, de nombreux médicaments altèrent l'appétit, la capacité d'absorption des aliments et le métabolisme des tissus corporels. Certains accroissent la motilité du tube digestif, ce qui peut réduire l'absorption des nutriments alimentaires. D'autres, au contraire, diminuent cette motilité. Certains sont mieux tolérés lorsqu'ils sont pris pendant les repas. (Bhupathiraju, 2023)

Selon Bhupathiraju, l'alimentation joue un rôle sur la tolérance aux médicaments et leur action, en diminuant, en freinant ou au contraire en augmentant leurs effets. Certaines prises médicamenteuses sont soumises à des limitations quant à la prise alimentaire (Bhupathiraju, 2023). Cela repose sur 2 principes :

- Un effet sur le confort : la nourriture peut jouer un rôle de protection de l'estomac pour les médicaments connus comme pouvant être irritants. Pour ces médicaments, l'efficacité sera la même avec ou sans alimentation.
- Un effet sur l'efficacité : l'absorption de certains médicaments sera compliquée par la nourriture. Elle peut allonger ou réduire le délai d'action. (PHEL, 2022)

“Certains médicaments induisent une altération du goût ou une saveur désagréable. Dans ce cas, la forme galénique du médicament permet de masquer ce désagrément grâce à un enrobage particulier. Après écrasement du comprimé ou ouverture de la gélule, le mauvais goût s'exprime. Il est donc pertinent de mélanger le broyat à de la nourriture.”(MARTIN-BORRET, 2013,p52-53) On décide parfois de recourir à une préparation liquide. (Doucet, 2002). Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la prise d'un médicament écrasé ou liquide peut diminuer considérablement la qualité de vie des patients. Il faut aussi prendre en compte l'incidence que peut avoir le goût de ces médicaments sur l'alimentation.

IV/ Protocole de recherche :

1 La population interrogée.

J'ai choisi d'interroger deux infirmiers qui travaillent en lien avec les personnes âgées car leur mission répond à un de mes objectifs de mémoire. Il était important pour moi, de m'entretenir avec deux personnes de sexe opposé afin de toucher des sensibilités différentes. De plus, ces deux personnes n'avaient pas la même expérience professionnelle ce qui permettait d'avoir une vision plus variée et étendue sur ma thématique. J'ai travaillé avec une des deux personnes en soins palliatifs et l'autre m'a été présentée par une amie.

2 Méthode d'entretien.

J'ai choisi de réaliser des entretiens semi-directifs afin d'obtenir une plus grande richesse dans les propos de mes interlocuteurs que dans le cadre d'un questionnaire. Ce travail permet d'effectuer une analyse qualitative des réponses données. La situation duelle donne la possibilité de comprendre intégralement les idées de la personne interrogée quitte à lui demander de reformuler la réponse. De même, l'interlocuteur peut me réclamer des clarifications. Cette méthode permet également de réajuster mon entretien au regard des réactions des interviewés.

3 Les modalités de l'entretien.

J'ai réalisé les deux entretiens en présentiel, l'un à l'IFSI de Rennes et l'autre dans un café. Je n'ai pas donné mon guide d'entretien à l'avance mais uniquement le thème de ma recherche. En fin d'entretien, j'ai présenté la question de départ de mon mémoire afin qu'ils puissent apporter des informations complémentaires s'ils le désiraient et qu'ils soient partie prenante de mon analyse. J'ai enregistré les entretiens avec mon téléphone portable en ayant pris soin de leur demander leur accord, je les ai retranscrits dans un fichier Word et j'ai apporté les corrections nécessaires.

4 Les objectifs de l'entretien.

- Connaître mes interlocuteurs infirmiers et établir une corrélation entre leurs réponses et leurs parcours professionnels.
- Recueillir leurs points de vue sur la population âgée.
- Identifier le rôle d'infirmier auprès de la personne âgée.
- Etablir un lien entre les compétences et l'adaptation dont l'infirmière doit faire preuve pour proposer une alimentation de qualité aux personnes âgées et identifier la place que prend l'alimentation dans les soins dispensés.

- Lister et décrire les adaptations et collaborations des infirmiers pour dispenser des médicaments per-os aux personnes âgées.
- Recueillir et analyser le point de vue de l'IDE sur le lien entre les médicaments et l'alimentation.

5 Les limites de l'entretien.

Je regrette de ne pas avoir pu approfondir certains points et reformuler certaines questions en cours d'entretien du fait de mon manque d'expérience. N'avoir mené que deux entretiens a limité la richesse du champ des possibles dans les réponses.

V/ Analyse des entretiens.

Les propos d'Agnès seront notés en vert et ceux d'Oliver en bleu.

1. Parcours professionnel.

Objectif : Connaître mes interlocuteurs infirmiers et établir une corrélation entre leurs réponses et leurs parcours professionnels.

Agnès et Oliver sont des infirmiers au parcours professionnel bien différent. Agnès est diplômée depuis 2 ans. Elle exerce dans « le pool de médecine interne gériatrique depuis un an maintenant ». Tandis qu'Oliver dispose d'une solide expérience « ça fait 40 ans que je suis infirmier » dont « 10 ans en gériatrie aigüe ». Il maintient une petite activité « depuis un an je suis donc en retraite mais je fais quelques gardes ou des remplacements dans les services. »

2. Deux regards sur la population âgée.

Objectif : Recueillir leurs points de vue sur la population âgée.

Le statut de personne âgée a évolué au fil des années et des progrès de la médecine « à mon époque, c'était 65 à 70 ans. » et maintenant « c'est 80 ans ». Agnès est en accord avec cette analyse « la moyenne d'âge est très vieillissante ». Néanmoins la proportion de personnes âgées est de plus en plus importante à l'hôpital et « on en rencontre beaucoup dans les services ». Les hospitalisations peuvent être liées au « maintien à domicile difficile » ou à la multiplicité des pathologies « avec souvent plusieurs problèmes de santé ». Agnès insiste sur le fait que l'isolement de la personne âgée contribue à sa présence en institution « elles sont isolées et on n'a personne à contacter » et rend plus difficile son retour à domicile « Des retours à domicile qui ne sont pas possibles du coup ». Les personnes âgées connaissent plusieurs difficultés particulières : la perte d'autonomie « quand on perd des fonctions vitales », l'alimentation « souvent les personnes âgées une des grosses problématiques c'est l'alimentation », « il n'a plus ses dents » et « la difficulté de la déglutition aussi », la mobilité « ils bougent moins donc ils perdent des muscles », « il perd le fait de pouvoir aller aux toilettes », « il perd le fait de pouvoir rencontrer des gens » et « il y a un risque d'escarre », « de plaie », « un risque de chute » le raisonnement « ils communiquent moins donc ils ne sont plus stimulés », « il y a une baisse du cognitif et donc au fur et à mesure le langage se perd, l'esprit ne se développe plus » et la perte des sens « la vue, l'audition, la perception, la perte du goût aussi ».

3. L'infirmier face aux personnes âgées.

Objectif : Comprendre le rôle infirmier auprès des personnes âgées.

Plusieurs qualités sont requises pour un infirmier en gériatrie. Selon Agnès, la patience est centrale « faut avoir je pense ce trait de caractère, c'est important ». Oliver complète les propos d'Agnès en évoquant « l'observation, l'écoute, la communication, l'empathie et le respect de la personne ». Dans

le cadre de leur rôle propre qui est plus développé en gériatrie « Je pense que c'est la perte d'autonomie et l'évaluation que tu vas faire de cette autonomie qui vont faire que ton rôle propre va être plus important », l'infirmier s'attache à effectuer des soins de nursing « soins de nursing à 2 », pour « stimuler pour essayer qu'il recouvre une autonomie ». Pour les 2 infirmiers, l'accompagnement est essentiel dans la prise en soins « vers la fin de vie, un autre projet de vie, aussi bien qu'un retour à domicile, qu'un projet de vie à l'EHPAD, ou des aides à domicile, l'accompagnement pour manger ». Il est important de réaliser un diagnostic infirmier et de mettre en place un projet de soin « identifier les problèmes », « c'est à toi de regarder ce qui ne va pas, donc sur tous les niveaux », « aller chercher les informations auprès de la famille » « auprès des différents intervenants » « c'est à toi d'analyser tout ça en partenariat avec l'équipe médicale et paramédicale » et « de voir toutes les actions mises en place pour que ton patient, lorsqu'il va partir de chez toi, soit capable au moins d'être à peu près au même niveau. » Pour Agnès, il faut « trouver quelque chose qui va les canaliser, les aider et trouver de l'occupation ». L'infirmier doit également évaluer et connaître l'environnement de son patient « est ce qu'elle a un environnement adapté ou pas », « connaître l'environnement des patients ». Puis, il joue un rôle de coordinateur « Toi en fin de compte tu es le pôle déclencheur », « tu vas tirer, ouvrir toutes les portes », « déclencher différents acteurs, leur relater tout ce que tu as découvert et ton étude ».

4. L'alimentation au centre des soins infirmiers.

Objectif : Etablir un lien entre les compétences et l'adaptation dont l'infirmière doit faire preuve pour proposer une alimentation de qualité aux personnes âgées et identifier la place que prend l'alimentation dans les soins dispensés.

Les IDE pensent qu'il est indispensable de conserver la notion de plaisir lors de l'acte alimentaire « Si on n'a pas le plaisir et la participation du patient, on n'arrivera à rien, au contraire on va le braquer et au contraire il va refuser » et de prendre en compte les envies des patients « et je me souviens d'une dame notamment, on lui faisait des sandwiches, rillettes, cornichons avec du pain. Alors qu'elle ne mangeait plus et elle mangeait ça. » « On va vraiment adapter surtout pour le goût et des fois, juste pour le plaisir de mâcher. » Il ne faut pas négliger des éléments essentiels à donner aux personnes âgées pour garantir une alimentation de qualité. Oliver cite les recommandations de l'ARS « ce qu'ils disent c'est de prendre 5 fruits et légumes par jour. » « Il faudrait qu'il y ait au moins une fois des protéines dans la journée. » « Il faudrait qu'il y ait du pain ou des féculents au moins aussi une fois par jour. » « De la boisson entre 1 litre et 1 l et demi. » Il est toujours possible d'agrémenter l'alimentation par des exhausteurs de goût « On a toujours moyen d'avoir des petits trucs en service », « du sucre », « du sel », « du poivre », « des épices. » « Mais ce n'est pas hyper développé encore quoi », « si la personne a du mal à boire de l'eau, bah il y a des sirops à mettre ». Agnès étaye son argumentaire en citant un exemple : « Hier par exemple c'était un Monsieur qui n'aimait pas l'alimentation du CHU et le midi il n'avait pas mangé, donc l'après-midi il a demandé un coca et le soir il avait trop envie de

manger parce qu'il a retrouvé un goût sucré qui lui rappelait son enfance. » Régulièrement, l'IDE utilise des compléments alimentaires prescrits par un médecin ou un diététicien « énormément, un patient sur 2 en a ».

L'IDE doit faire face à de nombreuses contraintes par rapport à l'alimentation. La dénutrition est un problème majeur rencontré en institution et fait l'objet de nombreuses études et demande une vigilance toute particulière « beaucoup de dénutrition ». Les risques de fausse route constituent une autre contrainte « si on sait que la personne est à risque, on va rester avec elle et on va l'accompagner ». Les contraintes hospitalières ne facilitent pas le travail de l'IDE « Je pense que c'est plutôt des contraintes organisationnelles et structurelles de l'hôpital qui font qu'on ne peut pas pallier ça. » « Je pense que la problématique ne vient pas des gens ». « Je pense que les professionnels voudraient le faire mais structurellement et institutionnellement, on ne peut pas, » « Je pense que c'est plutôt ce côté-là qui fait qu'on ne peut pas arriver à quelque chose de bien. »

Toutefois, l'IDE dispose de leviers pour adapter l'alimentation du patient et faire en sorte qu'il ne soit pas en situation de dénutrition. Comme l'alimentation est une activité de soin très importante, « 50% de mon travail », l'IDE établit un diagnostic infirmier à partir de signes cliniques « si la personne est fatiguée, si elle maigrit », pour repérer une mauvaise alimentation ou une déshydratation. Par la suite, il dispose d'une batterie d'outils d'adaptation en fonction des contraintes médicales « on a tellement d'outils » « que ça soit avec l'eau : l'eau plate, l'eau pétillante, l'eau gélifiée » « le manger main », « les textures moulinées ». Il doit également adapter l'environnement du patient pour l'installer dans des conditions optimales à la prise des repas « c'est toujours mieux qu'il soit assis au fauteuil, à table » « pas dans un lit. » « Et je vois avec une patiente en usld, elle est fatiguée, mais on va la lever quand même parce qu'on sait que c'est son plaisir de manger et que dans le lit elle a beaucoup de mal. Donc elle-même est d'accord pour être levée et manger assise à table, même dans une salle à manger ». Lors de l'aide au repas, l'IDE doit aussi adapter ses gestes aux particularités du patient « il ne faut pas le forcer. » « faire le geste », « faire les actions », « en tenant compte de ces difficultés ». L'IDE se doit de mettre en place une communication adaptée avec le patient afin d'obtenir sa coopération. Il joue également le rôle de médiateur entre les autres acteurs qui interviennent dans l'alimentation « on va travailler en lien avec le médecin, la diététicienne, l'aide-soignante » qui est « le premier maillon de la chaîne qui va venir nous voir ». Par exemple, avec la diététicienne « on va travailler ensemble pour revoir la texture, s'il faut enrichir, s'il ne faut pas enrichir. pour une renutrition pas trop rapide »

5. Les médicaments per-os dispensés aux personnes âgées.

Objectif : Lister et décrire les adaptations et collaborations des infirmiers pour dispenser des médicaments per-os aux personnes âgées.

La prise des médicaments donne lieu à plusieurs adaptations de la part de l'IDE. Tout d'abord au niveau de la forme : écraser les médicaments est une pratique controversée mais souvent utilisée « il y a des médicaments qu'on peut écraser et d'autres qu'on ne peut pas (écraser) ». L'IDE suit un protocole qui peut parfois le mettre en difficulté « des fois on est face à une impasse où la personne, même si on ne peut pas écraser le traitement, elle ne pourra pas le prendre. » « parce que si le médicament on ne peut pas l'écraser, on ne peut pas le donner puisqu'il ne sera pas efficace. ». Il existe certaines stratégies de mélange après écrasement des médicaments « après c'est mettre dans l'eau gélifiée, dans une compote » ou « confiture », « on met le traitement dans un jus d'orange, dans une boisson qu'il préfère pour pouvoir atténuer le goût » « tu essaies de mettre ton traitement et tu mets le minimum d'alimentation de support [...] parce qu'en fin de compte on n'est pas sûr que le patient puisse le prendre dans la totalité ». De plus en plus, en collaboration avec le médecin, la forme galénique des thérapeutiques peut être changée pour des solutions buvables ou en intra-veineuses ou en sous-cutanées « développe de plus en plus les buvables. » « le médecin va me dire, on va mettre IV tout ce qu'on peut mettre IV et on va suspendre les traitements qui ne le sont pas, et tant pis. » « [...] ou sous-cutanés » « forme galénique du traitement. On va jouer là-dessus. ». Il est important de rester vigilant sur la quantité de thérapeutiques donnés en même temps « on essaye souvent sur les personnes âgées de diminuer les traitements » « de donner les médicaments les plus efficaces. ».

Pour faciliter la prise des médicaments, l'IDE est amené à collaborer avec l'équipe pluriprofessionnelle « voir avec les médecins si on ne peut pas trouver une solution quand on ne peut pas écraser de médicaments », « Dans les textes de l'EHPAD « et en USLD » c'est écrit que c'est l'aide-soignante qui distribue et donne » « mais c'est toi qui est responsable de la prise des traitements », « Nous on vérifie, c'est nous qui faisons les piluliers ». Les aidants peuvent également collaborer à la prise de médicaments. Ils doivent être sensibilisés pour devenir acteurs dans la prise en soin « À l'aidant, lui expliquer en même temps ça permettra, ça lui donnera une information et tu vas avoir un facteur éducatif », « et tu vas lui expliquer comme ça elle pourra prendre en charge sa maman à la maison ». Une des qualités dont doit faire preuve l'IDE est la capacité à négocier pour contourner les refus de prise médicamenteuse des patients « souvent, c'est dans la négociation [...] » alors « que je ne négocierais pas chez une personne jeune. » « il faut toujours expliquer les bienfaits de la thérapeutique ». « Ce que ça va lui apporter ». « trouver des solutions pour qu'il les prenne en fonction de la forme ». L'IDE doit prendre également en compte la temporalité dans la prise des thérapeutiques « il y a des médicaments qu'on doit donner à jeun », « il y en a qu'on doit donner pendant repas » « Souvent on a du mal à respecter ça », « Il y a un espace-temps où on doit donner les médicaments », « il faut donner certains médicaments à distance (des repas) ». Si celui-ci n'est pas donné dans la

bonne temporalité, « on sait que le médicament sera un peu moins efficace ». Par ailleurs, certaines personnes sont capables de prendre elles-mêmes leurs traitements. Dans ce cas-là, il faut être vigilant « (quand la personne était très autonome au niveau cognitif) je laissais les traitements parce qu'il ne faut pas les annihiler non plus ». « Donc tu leur laisses et après tu demandes à ton aide-soignante ou tu repasses pour voir si le médicament aura été pris. »

6. L'influence des médicaments sur le plaisir de s'alimenter.

Objectif : Recueillir et analyser le point de vue de l'IDE sur le lien entre les médicaments et l'alimentation.

Les médicaments influencent de manière positive ou négative l'alimentation. Pour Agnès, ils peuvent constituer une aide pour faire manger le patient « Je dirais plus, ça aide ». Pour faire passer le goût désagréable du médicament, l'IDE peut aussi mettre en avant l'importance de s'alimenter « la personne va manger parce qu'elle va vouloir faire passer le goût du médicament. ». Une dernière méthode pour motiver les patients à s'alimenter est de montrer les bienfaits sur l'estomac « du coup faut manger pour que ça recouvre un peu les traitements » « éviter d'avoir l'estomac vide avec tous les traitements ». En revanche, comme les médicaments altèrent le goût des aliments, les IDE recherchent des solutions pour préserver ce goût « je mets (le traitement) dans une toute petite partie et il reste les 3/4 du plat à manger sans traitement », « Mais moi je sais que le petit déjeuner c'est sacré pour les personnes âgées et que le jus d'orange ça l'est encore plus et le café aussi. », « Je vais leur laisser leur plaisir de manger leur petit déjeuner avec le goût » « mettre les traitements à côté.(du petit déjeuner) ». Oliver évite généralement de mélanger les traitements dans l'alimentation « Il ne faut pas (mélanger le traitement à l'alimentation) » « on ne peut le faire que quand on a un patient qui va être dans le refus de la prise de traitement. ». En revanche, s'il est contraint de mélanger les traitements, il le fera dans des aliments appréciés par le patient « on va essayer pour lui donner, d'identifier un produit qu'il aime bien déjà. », « quand il n'est pas participatif on essaie de trouver l'aliment qui va être le facteur favorisant pour voir la prise. ». L'altération du goût peut être telle qu'elle provoque des refus alimentaires, « (les médicaments) ça peut être un facteur qui fait que le patient ne va pas pouvoir manger du tout », « on leur donne en premier (les médicaments) avant de prendre le petit déjeuner, il y a des patients après ils refusent de manger ». Malgré les stratégies utilisées par les IDE, on se rend compte que la médication dans l'alimentation reste une problématique très présente. D'autant plus que cette prise thérapeutique est très fréquente (3 fois par jour, 7 jours sur 7).

VI/ La discussion.

Après l'écriture d'un cadre théorique sur les liens entre les contraintes du vieillissement et le plaisir de s'alimenter puis l'analyse de deux entretiens avec des infirmiers travaillant en gériatrie, je vais tenter de vous exposer mes réflexions au regard de mon expérience de stagiaire. En tenant compte des contraintes liées à l'exercice de notre profession, je vais reprendre les thèmes abordés dans mon cadre théorique et dans mes commentaires d'analyse pour tenter d'apporter des pistes de réponses à ma question de départ : **Dans quelles mesures l'IDE peut-elle adapter la prise des médicaments per os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de la prise alimentaire ?**

1. Le vieillissement de la population.

Comme le montrent les différents articles parcourus, la part de la population âgée s'accroît d'année en année. Les préoccupations liées à cette population vont devenir des enjeux majeurs dans notre métier. Au regard de mes entretiens et de mes stages, j'ai pu mesurer les conséquences de l'évolution de l'âge tardif des prises en charge hospitalières : perte d'autonomie accrue, polymédication, dénutrition.

2. La prise des repas, une activité chronophage insoupçonnée.

Le cadre théorique pose des contraintes quant à l'alimentation des patients sans mesurer le temps réellement nécessaire pour cet acte. Les deux témoignages mettent en lumière l'aspect chronophage et fréquent de cette activité. De mon côté, je pense qu'il est essentiel de ne pas négliger ces moments de vie. Ils sont un repère pour les personnes âgées et un point central de leur prise en charge globale. L'aspect répétitif des repas ne doit pas automatiser le comportement de l'infirmier ou de l'équipe qui accomplit cette mission. Ceci implique une vigilance quotidienne et une pratique réflexive. La fréquence et la répétition de cette activité justifient mon intérêt professionnel pour ce sujet. J'aimerais faire en sorte que l'alimentation soit au cœur de mon projet de soin ce qui pourrait être un levier pour améliorer le bien-être de mes patients. Afin de préserver l'autonomie des personnes âgées dans leur prise alimentaire, je pense qu'il faut éviter de négliger le temps du repas. En effet, on sait que la perte d'autonomie est un facteur de risque de dénutrition.

3. Le rôle de l'environnement.

Le cadre théorique incite les soignants à mettre en place des conditions optimales au bien-être des patients dans le cadre de la prise des repas (la décoration de la salle à manger, un changement de mobilier ou encore une réorganisation du personnel). Cependant, les contraintes quotidiennes et institutionnelles peuvent malheureusement mettre en difficulté l'IDE. Dans le cadre hospitalier, les adaptations possibles sont assez limitées. J'ai pu constater la présence d'une salle commune de restauration en USLD mais pas dans les autres services de gériatrie que j'ai pu fréquenter. D'autre part, les infirmiers avec qui j'ai pu discuter lors de mes entretiens, m'ont sensibilisée sur l'importance qu'ils accordaient à l'environnement. En pratique, ils font en sorte que les repas se déroulent le moins possible dans le lit et le plus souvent en position assise. La mise au fauteuil peut être compliquée tant d'un point de vue organisationnel que pour le patient. En effet, cela prend du temps au personnel car selon le taux de dépendance des personnes âgées cela ne demande pas le même investissement. Cependant les infirmiers que j'ai pu rencontrer durant mes stages et entretiens sont unanimes pour vanter les mérites d'un repas au fauteuil. De plus, manger fréquemment dans leur lit accroît la perte d'autonomie. Cette mise en situation favorise la prise alimentaire.

Pour certains patients, atteints de démence en particulier, la démarche d'alimentation est différente. Il existe une pratique qui se développe de plus en plus : le manger main. Pour ces personnes pour qui le temps du repas est une contrainte, cela est une piste pour préserver leur autonomie. Cependant l'aspect onéreux de cette pratique est un frein à son développement dans un contexte hospitalier (nécessité de transformer les aliments pour les adapter à la prise en main).

Lorsque cela est possible, je pense qu'il est important de favoriser la prise des repas en communauté eu égard à l'aspect social que peut prendre l'alimentation. Le fait de voir d'autres personnes manger peut inciter le patient à en faire de même. De plus, certains témoignages de patients m'ont appris que le bien-être de la collectivité leur donne envie de s'alimenter alors que seuls ils perdent l'appétit.

Lors de mes différentes lectures, j'ai pu apprendre que le jeûne nocturne des patients en gériatrie était trop important. Ce phénomène est évidemment lié aux contraintes du fonctionnement des hôpitaux. En effet, le repas du soir étant pris aux alentours de 18 heures, 18 heures 30, le jeûne dure plus de douze heures. Existerait-il des solutions alternatives pour compenser ce jeûne nocturne ? Lors de mon stage en soins palliatifs, j'ai constaté que les patients choisissaient l'heure de leur repas. Serait-il envisageable qu'il en soit de même en gériatrie ?

4. L'alimentation uniquement sous le prisme de la dénutrition ?

Les études sur la dénutrition ont montré l'importance de l'existence d'un quatrième repas pour les personnes âgées. En effet, une collation à base de compléments alimentaires enrichis peut compenser une carence en protéines. Comme le confirme une des personnes interrogées, l'utilisation des compléments alimentaires est très fréquente en gériatrie. Ce que j'ai pu constater lors de mes différents stages. Il faut noter que ces compléments alimentaires peuvent également être consommés lors des trois autres repas en guise de dessert. De plus, une bonne partie des composantes du repas, comme le laitage ou potage, peut être enrichie. Cela permet à la personne d'avoir un plus grand apport nutritionnel sans donner l'impression à la personne d'être suralimentée. J'ai pu constater durant mes stages en gériatrie l'utilisation régulière de cette technique que je trouve très adaptée. Les personnes âgées confient parfois se lasser des goûts des crèmes enrichies qui reviennent assez régulièrement, alors que l'alimentation enrichie sur le plateau est un peu plus variée. Les compléments alimentaires sont une prescription qui est réfléchiée en équipe, en lien avec le médecin et la diététicienne comme le soulignent les deux infirmiers rencontrés.

Ces mêmes études sur la dénutrition ont insisté sur le fait que les régimes restrictifs étaient à bannir pour les personnes âgées. En effet, ces régimes peuvent entraîner une perte de poids qui leur serait fortement délétère : perte de poids à cet âge est synonyme de perte de muscles par conséquent une diminution de l'autonomie. Les kilos perdus pour ces personnes âgées seront très difficiles à regagner. Cela peut malheureusement entraîner une spirale infernale qui peut voir considérablement diminuer son autonomie dû au fait qu'elle ne peut plus se lever ni marcher. Cela la rendra plus dépendante et elle risquera de contracter davantage de maladies car elle ne pourra plus bouger comme avant sa perte de poids. Une perte de muscles entraîne une augmentation du risque de chute et une réaction en chaîne. C'est là que peut intervenir l'équipe pluriprofessionnelle et qu'un travail d'équipe se mettra en place.

Durant mes recherches, j'ai rencontré une difficulté sur l'alimentation dans le cadre théorique. En effet, il est difficile de trouver des articles parlant de l'alimentation sans évoquer la dénutrition. Au travers de ces publications, j'ai eu la sensation que la notion de plaisir était évoquée uniquement comme moyen pour lutter contre la dénutrition. De plus, les instances comme le CNA ou les ministères ont publié des chartes, des recommandations et des avis sur l'alimentation. Cela montre l'intérêt de plus en plus prégnant des pouvoirs publics pour promouvoir la meilleure alimentation possible pour les personnes âgées. Cependant lorsque nous lisons ces documents, nous nous apercevons que le mot dénutrition est en première ligne. Le plaisir alimentaire est envisagé comme une solution pour remédier à la dénutrition. Alors que lors de mes entretiens, les professionnels de santé plaçaient le plaisir alimentaire au cœur de leur prise en soins, au-delà du problème de dénutrition. Je pense que le bien-être de la personne âgée doit être au cœur de nos préoccupations dans

sa prise en soins. Pour garantir celui-ci, le plaisir alimentaire est une notion centrale. L'alimentation est un pilier de la vie. Si celle-ci est mise en péril, le fonctionnement de la personne âgée l'est lui aussi. C'est pour ça que le plaisir de la table ne doit pas être uniquement abordé sous le prisme de la dénutrition.

5. Ecrase-t-on les médicaments ?

Le cadre théorique expose les possibilités ou non d'écraser les traitements. Selon la composition, l'IDE est autorisé ou non à modifier la forme galénique. Il existe des listes des traitements écrasables ou non. En effet, si certains médicaments sont écrasés sans l'aval du pharmacien, ils perdront de l'efficacité et pourront engendrer des effets indésirables toxiques pour le patient. J'ai été surprise par le nombre de risques que le patient peut encourir du fait de cette pratique (entre autres : on peut retrouver des risques d'ulcération ou bien d'irritation des muqueuses).

Lors de mes entretiens, les deux infirmiers n'étaient pas en total accord entre eux. L'un d'eux suivait plutôt les recommandations des autorités compétentes. Il conseillait de collaborer avec le médecin et le pharmacien pour essayer de trouver une autre molécule aux propriétés équivalentes, qui peut s'écraser ou qui existe en forme buvable. Tandis que l'autre se fiait plutôt à son ressenti. L'IDE en question priorisait la prise du médicament par rapport à des directives d'écrasement. En effet, elle se retrouvait régulièrement confrontée à des situations qui la mettaient en difficulté : devoir trouver une solution quand le médicament n'est pas écrasable et que le patient ne peut pas l'avalier. Il était donc plus difficile dans ce contexte de suivre les recommandations à la lettre. En accord avec le médecin, elle choisissait alors d'écraser le thérapeutique malgré les risques de perte d'efficacité. Le médicament peut perdre en efficacité ou se retrouver en surdosage car selon l'enrobage du comprimé il ne sera ni libéré ni éliminé au même endroit. Le fait de l'écraser modifie sa forme et donc sa libération et son élimination.

Les médicaments sous la forme buvable ont été fortement développés pour la pédiatrie. En revanche, pour les adultes le dosage nécessaire pour une même molécule augmente considérablement les volumes. Cela engendre un surcoût important. Cependant, de plus en plus de formes buvables adultes (en dehors des neuroleptiques déjà présents depuis longtemps) apparaissent sur le marché pharmaceutique.

Les infirmiers que j'ai rencontrés essaient de passer un maximum de traitements par des voies intra-veineuses ou sous cutanées quand la déglutition devient très problématique. Cela permet un confort supplémentaire pour le patient et cela évite les fausses routes. C'est une décision qui est prise dans le cadre d'une équipe élargie qui peut englober la famille et le patient lui-même.

J'ai pu observer différentes approches pendant mes stages. La majorité des professionnels que j'ai côtoyés privilégiaient la prise du médicament. Au travers de mon étude théorique, dans le cadre de

ce mémoire j'ai pris conscience des enjeux qui étaient associés à ce choix. Je pense qu'il n'y a pas une solution modèle et applicable à toutes les situations. Il faut faire preuve d'une pratique réflexive et s'appuyer sur l'expérience de ses pairs pour décider de l'opportunité de telle ou telle solution.

Mon expérience professionnelle n'est pas assez étayée pour avoir un avis tranché sur la question. En revanche au regard de ma question de départ, la possibilité d'écraser ou non les médicaments amène une autre réflexion : comment vont être donnés ces thérapeutiques ?

6. Mélange-t-on les médicaments ?

Durant mes recherches dans le cadre théorique, j'ai été confrontée à une difficulté pour trouver des informations sur l'impact du goût des thérapeutiques écrasés sur l'alimentation. Le peu d'informations que j'ai pu récolter indiquaient que du fait du désagrément gustatif lié à la prise des médicaments, il était pertinent de les mélanger avec de la nourriture. Cependant rien n'était indiqué sur le type d'aliment qui s'associait le mieux aux thérapeutiques.

J'ai été étonnée des réponses obtenues lors de mes entretiens. En effet, un des infirmiers s'attachait avant tout à ce que le médicament soit pris dans son intégralité. Il le mélangeait donc aux aliments préférés des patients sans se soucier de la perte gustative des différents mets. Sa préoccupation était le respect de la prescription thérapeutique et non pas de garantir la qualité de la prise alimentaire. Toutefois, il suggérait de mélanger les médicaments dans la nourriture surtout pour les patients en refus de soins. Il craignait également que le fait de donner les médicaments le matin à jeun et sans les mélanger puisse entraîner un refus alimentaire. Tandis que l'autre infirmière, accordait une plus grande importance au respect du goût du patient. En effet, elle s'interdisait de toucher au petit-déjeuner des patients qu'elle jugeait capital pour eux. Elle préférait proposer les médicaments dans un verre ou une compote à part. De plus, quand elle se trouvait dans l'obligation de mélanger les thérapeutiques aux aliments, elle le faisait sur une toute petite quantité pour permettre au patient d'apprécier l'essentiel de son plat sans que le goût soit dénaturé. J'ai été surprise par son positionnement sur l'influence positive des médicaments sur le repas. Elle explique que pour elle les médicaments aident à faire manger les patients. Elle peut les motiver en leur disant « que manger va faire passer le goût des thérapeutiques ».

Je pense que mettre les médicaments dans les aliments plaisir des patients peut provoquer des complications. En effet, cela risque d'avoir une incidence sur la satisfaction rencontrée lors de la dégustation de ces aliments. Dès lors que le plaisir de manger ces aliments va être dégradé, le patient risque de ne plus avoir envie de les ingérer. Il me semble que ça peut être délétère de répéter cette opération car à un moment donné, il y aura de moins en moins d'aliments qui lui feront plaisir. Or, nous savons que le plaisir de manger est une des composantes essentielles d'une prise alimentaire de

qualité. Si cette prise alimentaire diminue, le risque de dénutrition va apparaître et pourra mettre en danger la santé et le bien être de la personne âgée.

7. La question de recherche.

A travers mes différentes lectures, les témoignages que j'ai pu recueillir et au regard des expériences que j'ai pu vivre, je me suis rendu compte que ma question de départ était un peu trop générale. En effet, il semble difficile de traiter sur le même plan différentes pathologies et différents lieux de soin. Par exemple, des patients atteints de démence possèdent des caractéristiques spécifiques qui ne nous permettent pas de les traiter de la même façon que les autres personnes âgées. De plus, l'hôpital est un lieu de soin aigu avec de fortes contraintes institutionnelles alors que l'EHPAD est un lieu de soin de longue durée avec des enjeux différents. Je regrette de ne pas avoir pu approfondir davantage le thème de la qualité de vie dans le cadre de mes entretiens et de mes recherches. C'est pourquoi, ma réflexion pourrait prendre un nouveau chemin :

Comment l'IDE peut-elle concilier l'écrasement des médicaments et le plaisir de l'alimentation pour améliorer la qualité de vie d'un résident en EHPAD ?

VI/ La conclusion.

Une expérience vécue dans un EHPAD et l'autre dans un hôpital m'ont amenée à formuler cette question : dans quelles mesures l'IDE peut-elle adapter la prise des médicaments per os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de la prise alimentaire ?

Au fil de mon mémoire, j'ai tenté de comprendre comment préserver le bien-être alimentaire de la personne âgée quand celle-ci est contrainte à une prescription thérapeutique. Ma réflexion s'est principalement centrée sur les différentes formes sous lesquelles les médicaments peuvent être présentés aux patients et sur la problématique du mélange ou non des thérapeutiques dans les aliments. A travers les entretiens que j'ai pu mener, j'ai pris conscience qu'au-delà de la problématique du bien-être, la préoccupation principale des soignants restait que les traitements soient pris dans leur globalité.

Malgré tout si je reviens sur la problématique du bien-être, je me suis rendu compte au cours de mes recherches qu'on ne pouvait donner une réponse universelle à ma question de départ. En effet, les contraintes institutionnelles et celles liées aux pathologies des patients amènent les IDE à adapter leur pratique. D'autre part, la sensibilité et le vécu de chacun entraînent des choix thérapeutiques différents. Même si le nombre de témoignages auxquels j'ai eu accès limite la portée de mon analyse.

A mes yeux, malgré toutes les contraintes mises en lumière, il reste important de ne pas négliger le plaisir lié à l'alimentation face au risque de la dénutrition de plus en plus prise en compte par l'institution.

Il me paraîtrait pertinent de réorienter ma réflexion vers les centres d'accueil spécialisés comme l'EHPAD où les possibilités d'adaptation pourraient être plus importantes. En effet, ce type de structure dans lequel je souhaiterais m'investir, me permettrait d'ajuster ma pratique au regard des apports théoriques acquis tout au long de ce mémoire.

J'ai vraiment apprécié cette expérience de travail de recherche sur un thème et une population qui m'intéressent beaucoup. J'ai pu prendre pleinement conscience des contraintes qui s'imposaient aux IDE dès qu'ils s'intéressaient au bien-être du patient.

VII/ Bibliographie :

Acker, F. (1991). La fonction de l'infirmière. L'imaginaire nécessaire. *Sciences sociales et santé*, 9(2), 123-143. <https://doi.org/10.3406/sosan.1991.1192>

Belmin, J., Amalberti, F., & Béguin, A.-M. (2005). *L'infirmier(e) et les soins aux personnes âgées* (2e éd). Masson.

Bhupathiraju, S. (2023). *Interactions entre médicaments et aliments*.

<https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-nutritionnels/nutrition-consid%C3%A9rations-g%C3%A9n%C3%A9rales/interactions-entre-m%C3%A9dicaments-et-aliments>

Brasselet, C. (2023, juin 14). *Comment repenser l'alimentation dans le secteur de la santé ? - Resah*. <https://www.resah.fr/base-documentaire/comment-repenser-lalimentation-dans-le-secteur-de-la-sante/>

Brillat-Savarin, J. A. (1755-1826) A. du texte. (1848). *Physiologie du goût / par Brillat Savarin ; illustrée par Bertall ; précédée d'une notice biographique par Alp. Karr ; dessins à part du texte , gravés sur acier par Ch. Geoffroy, gravures sur bois , intercalées dans le texte par Midderigh*. <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1063697>

Caussin, M., Mourier, W., Philippe, S., Capet, C., Adam, M., Reynero, N., Jouini, C., Colombier, A.-S., Kadri, K., Landrin, I., Gréboval, E., Rémy, E., Marc, F., Touflet, M., Wirotius, F., Delabre, N., Le Hiress, C., Rorteau, V., Vimard, M., ... Doucet, J. (2012). L'écrasement des médicaments en gériatrie : Une pratique « artisanale » avec de fréquentes erreurs qui nécessitait des recommandations. *La Revue de Médecine Interne*, 33(10), 546-551. <https://doi.org/10.1016/j.revmed.2012.05.014>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s. d.). *ALIMENTATION : Définition de ALIMENTATION*. Consulté 25 avril 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/alimentation>

Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2022, juin 1). <https://solidarites.gouv.fr/charte-nationale-pour-une-alimentation-responsable-et-durable-dans-les-etablissements-medico>

Conseil national de l'alimentation. (2005, décembre 15). *Avis n°53 – 12/2005 – Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques – Conseil National de l'Alimentation*. <https://cna-alimentation.fr/download/avis-n53-12-2005-les-besoins-alimentaires-des-personnes-agees-et-leurs-contraintes-specifiques/>

Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'Action Sociale, & Société Française de Gériatrie et Gérontologie. (2007). *Les bonnes pratiques de soins en établissement pour personnes âgées dépendante*. [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/ehpad\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/ehpad(1).pdf)

Divert, C., Laghmaoui, R., Crema, C., Van Wymelbeke, V., & Sulmont-Rossé, C. (2012). *Redonner l'envie de manger aux personnes âgées en insitution : Impact de facteurs environnementaux sur la prise alimentaire et le plaisir lié au repas*. <https://hal.science/hal-01577500>

Doucet, G. (2002). *Le goût des médicaments écrasés ou liquides un facteur souvent négligé*. [file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/126-129Doucet0402\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/126-129Doucet0402(1).pdf)

- Dr Laterre, E., & Dr Losseau, C. (2019). *Médicaments et dénutrition chez la personne âgée*.
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/2019_MCC_Laterre(2).pdf
- Dr Schweizer, V. (2010). *Troubles de la déglutition de la personne âgée*.
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/RMS_idPAS_D_ISBN_pu2010-35s_sa03_art03.pdf
- El Rahi, B. (2014). *Le rôle de la qualité alimentaire dans la prévention du déclin de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées atteintes du diabète type II faisant partie de la cohorte NuAge*.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/11290>
- Ferland, G. (2012). *Alimentation et vieillissement*. Presses de l'Université de Montréal.
<https://doi.org/10.4000/books.pum.5936>
- Ferry, M., Alix, E., & Brocker, P. (2007). *Nutrition de la personne âgée*. Elsevier Masson.
- Fodil, M., Fillette, A., & Trivalle, C. (2012). Considérations portant sur l'écrasement des comprimés en gériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 13(73), 35-40.
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2012.07.013>
- Garine, I. de. (1979). Culture et nutrition. *Communications*, 31(1), 70-92.
<https://doi.org/10.3406/comm.1979.1470>
- Guérin, L. (2016). « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.5404>
- HAS. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
- HAS. (2021). *Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus*.
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1(1).pdf
- Hopitaux universitaires Genève. (2016). *Alimentation d'une personne atteinte de démence. Conseils pratiques pour les proches aidants*.
file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/alimentationdemence(1).pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2001). *Le modèle Vieillissement en santé* /. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/favoriser-vieillessement-en-sante/modele-vieillessement-en-sante>
- Larousse, É. (s. d.). *Définitions : Plaisir, plaisirs - Dictionnaire de français Larousse*. Consulté 28 avril 2024, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/plaisir/61343>
- Le dispositif de protection des majeurs dans la Drôme*. (s. d.). Les services de l'État dans la Drôme. Consulté 4 mai 2024, à l'adresse <https://www.drome.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Solidarites.-hebergement.-droit-au-logement-et-politique-de-la-ville/Acces-aux-droits-des-personnes-fragiles/Le-dispositif-de-protection-des-majeurs-dans-la-Drome>
- Manicot, C., Sardain, I., Vringnaud, A., Bossis, A., André, G., & Dr Vincent. (2022, décembre 1). *LA DÉNUTRITION DE LA PERSONNE ÂGÉE - Ma revue n° 027 du 01/12/2022*.

<https://www.espaceinfirmier.fr/presse/l-infirmiere/article/n-027/la-denutrition-de-la-personne-agee-INF02701601.html>

MARTIN, C. (2017). *L'amélioration de la qualité des repas en EHPAD : un gage de plaisir pour les résidents*. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/C1%C3%A9mence%20MARTIN.pdf

MARTIN-BORRET, C. (2013). *TROUBLES DE LA DEGLUTITION EN GERIATRIE : OPTIMISATION DE L'ADMINISTRATION DES FORMES ORALES SOLIDES* [UFR de Pharmacie de Grenoble]. file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/2013GRE17060_martin-borret_celine_1_D_(1).pdf

McAll, C., Fournier, A., & Godrie, B. (2014). Vivre et survivre à domicile : Le bien-être en cinq dimensions. *Revue du CREMIS: Sortir du cadre*, 7(1), 4-8.

Ministère de l'agriculture de l'agroalimentaire et de la forêt. (2017). *Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées*. <https://driaaf.ile-de-france.agriculture.gouv.fr/recueil-d-actions-pour-l-amelioration-de-l-alimentation-en-etablissements-a1090.html>

Ministère des solidarités et de la santé. (2019). *PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ 2019-2023*. <https://trapps-bfc.org/publications/programme-national-nutrition-sante-2019-2023>

Panayoty, C. (2002). *Les troubles alimentaires chez la personne âgée* (p. 77) [Other, UHP - Université Henri Poincaré]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01897368>

PHEL. (2022, août). *Importance du moment de prise pour les médicaments (Flash-info Infirmier.ère)*. PHEL. https://www.phel.ch/jcms/phel_23649/importance-du-moment-de-prise-pour-les-medicaments-flash-info-infirmier-ere?details=true

publique (EHESP), E. des hautes études en santé, Castro, M., Deheegher, M., Elfadl-Mohr, C.-I., Gonalons, R., Bris, M. L., Loez, S., Michon, A.-L., Moalic, C., Sadrin, S., Wastiaux, J., & Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). (2018). *L'alimentation : Le repas ou comment concilier le plaisir, les habitudes de vie, et la santé des personnes handicapées*. <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2018/mip/groupe%20n%C2%B026.pdf>

Puisieux, F., d'Andrea, C., Baconnier, P., Bui-Dinh, D., Castaings-Pelet, S., Crestani, B., Desrues, B., Ferron, C., Franco, A., Gaillat, J., Guenard, H., Housset, B., Jeandel, C., Jebrak, G., Leymarie-Selles, A., Orvoen-Frija, E., Piette, F., Pinganaud, G., Salle, J.-Y., ... Weil-Engerer, S. (2009). Troubles de la déglutition du sujet âgé et pneumopathies en 14 questions/réponses. *Revue des Maladies Respiratoires*, 26(6), 587-605. [https://doi.org/10.1016/S0761-8425\(09\)74690-X](https://doi.org/10.1016/S0761-8425(09)74690-X)

Raynaud-Simon, A. (2009). Particularités du contrôle de la prise alimentaire et altération du goût liées à l'âge. In X. Hébuterne, E. Alix, A. Raynaud-Simon, & B. Vellas (Éds.), *Traité de nutrition de la personne âgée* (p. 65-71). Springer. https://doi.org/10.1007/978-2-287-98117-3_8

Régimbal, F. (2020). À part entière : Alimentation et bien-être chez des personnes âgées à Montréal fréquentant des organismes d'aide alimentaire. *Anthropology of food*, S15. <https://doi.org/10.4000/aof.11037>

Restauration, N. (2014). *Le plaisir du bien manger des personnes âgées*. <https://www.neorestauration.com/article/le-plaisir-du-bien-manger-des-personnes-agees,29272>

Soriano, G. (2022). *L'autonomie alimentaire chez la personne âgée* [Phdthesis, Université Paul Sabatier - Toulouse III]. <https://hal.science/tel-03751791>

Stanley, M., & Beare, P. G. (2005). *Soins infirmiers en gériatrie : Vieillesse normale et pathologique*. De Boeck Supérieur.

St-Arnaud McKenzie, D. (2007). *Le rôle de la prise alimentaire dans l'évolution de l'état nutritionnel de patients gériatriques hospitalisés en service de réadaptation*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17215>

Sulmont-Rossé, C. (2020). *Comment lutter contre la perte de goût en gériatrie*. <file:///C:/Users/Utilisateur/Downloads/1-s2.0-S1766730520301066-am.pdf>

Sulmont-Rossé, C., van Wymelbeke, V., & Maitre, I. (2016). Perception des odeurs et préférences alimentaires chez la population âgée : Quel impact sur la prise alimentaire et le statut nutritionnel ? *Nutrition & Endocrinologie*, 14(77), 92-95.

Thelliez, P. (2023, juillet 27). *Médicaments potentiellement inappropriés et polymédication chez le sujet âgé : Toujours trop*. VIDAL. <https://www.vidal.fr/actualites/30356-medicaments-potentiellement-inappropriés-et-polymédication-chez-le-sujet-age-toujours-trop.html>

TRIVALLE, C., & JEANDEL, C. (2009). *Gérontologie préventive : Éléments de prévention du vieillissement pathologique*. Masson.

Vétel, J.-M., Blochet, C., & Robert, C. (2012). *Le Circuit de Distribution des Médicaments en EHPAD "Afin que le bon médicament arrive à la bonne dose dans la bonne bouche"*. <https://docplayer.fr/877988-Le-circuit-de-distribution-des-medicaments-en-ehpad-afin-que-le-bon-medicament-arrive-a-la-bonne-dose-dans-la-bonne-bouche.html>

World Health Organization. (s. d.). *Mesure de la qualité de vie en relation avec la santé chez la population de Tétouan (Maroc) à l'aide du SF-36 : Données normatives et influence du sexe et de l'âge*. World Health Organization - Regional Office for the Eastern Mediterranean. Consulté 28 avril 2024, à l'adresse <http://www.emro.who.int/emhj-volume-22-2016/volume-22-issue-2/mesure-de-la-qualite-de-vie-en-relation-avec-la-sante-chez-la-population-de-tetouan-maroc-a-laide-du-sf-36-donnees-normatives-et-influence-du-sexe-et-de-lage.html>

Annexe 1 : Les 14 missions que l'infirmier(e) se doit de remplir :

- “Maintenir une alimentation riche et équilibrée”
- “Veiller à ce que l'alimentation reste un plaisir en respectant les goûts, l'aspect.”
- “Conseiller un supplément systématique en vitamine D dans les institutions.”
- “Préserver la vie sociale des patients en entrant en institution.”
- “Détecter les obstacles aux contacts sociaux (...) et les signaler.”
- “Préserver un environnement stimulant”
- “Vérifier l'état de la bouche.”
- “Apporter une aide à l'alimentation.”
- “Favoriser les contacts avec les aidants.”
- “Accompagner la prise alimentaire d'un soin relationnel qui conditionne largement la prise de nourriture.”
- “Surveiller le poids régulièrement.”
- “Rechercher les signes de malnutrition en particulier en cas de dépression, maladie infectieuse, et/ou escarres.”
- “En cas de déficit de l'apport alimentaire avéré, signaler rapidement le problème et envisager simultanément une réflexion thérapeutique et éthique pour adopter une conduite cohérente.”
- “Utiliser toute stratégie facilitant l'alimentation, quels que soient le contenu et le contenant, pourvu que la prise alimentaire soit satisfaisante.” (Belmin et al., 2005, p99)

Annexe 2 : Facteurs pouvant entraîner une diminution des apports alimentaires :

- “facteurs socio-économiques et environnementaux : isolement, difficultés financières, difficultés à s’approvisionner, entrée en institution, hospitalisation”;
- “perte d’autonomie : dès qu’une personne ne mange plus seule, elle ne maîtrise plus son assiette, elle a besoin d’une tierce personne pour l’aider, cela change son rapport à la nourriture “;
- “troubles bucco-dentaires dus au vieillissement mais aussi au manque d’hygiène, au manque de soins dentaires , à une candidose oropharyngée” ;
- ” troubles de la déglutition d’origine ORL ou neurologique” ;
- “baisse de la vision qui participe à la perte de l’appétit par manque de stimulation visuelle” ;
- “pathologies qui peuvent entraîner chez la personne âgée une perte de repères, de la sensation de faim, une propension à refuser les repas : pathologies inflammatoires ou infectieuses”(Manicot et al., 2022)

Annexe 3 : Risque de dénutrition par rapport à la délégation des activités liées au repas

Dans cette étude, il est estimé à :

- 4 % pour les sujets autonomes vivant au domicile,
- 12 % pour les sujets bénéficiant d'une aide à domicile pour les activités ne concernant pas l'alimentation,
- 46% chez les sujets à domicile bénéficiant d'une aide à domicile pour l'alimentation,
- 60 % des personnes bénéficiant d'un portage de repas,
- 69 % des sujets vivant en institution. »(Soriano, 2022)

Annexe 4 : « Bien manger » selon la charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux

“ bien manger c’est :

- adapter les repas aux besoins et aux profils de chaque personne (goût, variété, régimes spécifiques, textures adaptées, enrichissement) notamment pour lutter contre la dénutrition.
- Systématiser le dépistage des troubles bucco-dentaires, troubles de la déglutition, des risques de dénutrition et évaluer régulièrement le suivi des régimes spécifiques des personnes.
- Privilégier un environnement favorisant le plaisir et le bon déroulement du repas (accompagnement par un personnel sensibilisé, horaires adaptés, variété des repas, présentation de la table et de l’assiette, information et communication sur les menus, les produits et les savoir-faire, choix de la place des personnes à table, convivialité, événements thématiques) ” (*Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux* | solidarites.gouv.fr | *Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités*, 2022)

Annexe 5 :

Guide d'entretien mémoire :

1 Quel est votre parcours professionnel ?

- *Depuis combien de temps exercez-vous ?*
- *Dans quels services avez-vous travaillé ?*

2 Qu'es ce que représente pour vous une personne âgée ?

- *Ses spécificités ?*
- *Caractéristiques de la population âgée ?*
- *Problématiques de santé les plus fréquentes ?*
- *Quelles types de difficultés décririez-vous les plus rencontrées par cette population ?*

3 Qu'en est-il du rôle de l'infirmière auprès de la population âgées ?

- *Quelle est la spécificité du rôle Ide auprès de cette population ?*
- *Quelles qualités nécessaires à l'exercice infirmier auprès de cette population ?*
- *Quelles compétences spécifiques ?*
- *Qu'en est-il de l'exercice de votre rôle propre auprès de cette population ?*

4 Quelle place prend l'alimentation des personnes âgées dans votre perception du soin infirmier ?

- *Quelle est votre perception de l'alimentation ?*
- *Quelles adaptations faites-vous pour que cela se passe au mieux ?*
- *Comment éviter les fausses routes ?*
- *De quelle manière l'alimentation est-elle adaptée aux troubles du goût de la personne âgée ?*

5 De quelle manière adaptez-vous la prise des thérapeutiques pour cette population âgée ?

- *Quels médicaments distribuez-vous le plus fréquemment ?*

- *Ecrasez-vous certains des thérapeutiques ? De quelle manière le faites-vous ? Est-ce une majorité des patients ? Cela vous arrive régulièrement ou est-ce que c'est anecdotique ?*
- *Quels supports alimentaires utilisez-vous pour donner les thérapeutiques ?*
- *Cela se fait toujours sur le temps du repas de la personne ?*
- *Pour les personnes ayant des repas à textures adaptées quelles solutions mettez-vous en place ?*

6 Avec qui collaborez- vous pour la dispensation et la prise médicamenteuse ?

- *Transmissions médicales ?*
- *Collaboration diététicienne ?*
- *Collaboration aides-soignantes ?*
- *Collaboration ASH ?*
- *Demandes aux aidants naturels ?*

7 Quelle influence peuvent avoir les médicaments sur la prise alimentaire ?

8 Qu'es ce qui fait qu'une alimentation est de qualité pour la population âgées ?

- *Observez-vous beaucoup de troubles de la déglutition ?*
- *Y a-t-il beaucoup de personnes qui mangent en textures adaptées ?*
- *Qu'en est-il de votre rôle infirmier pour garantir une qualité de prise alimentaire ?*

Ma question de départ est : Dans quelles mesures l'IDE peut-elle adapter la prise des médicaments per-os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de la prise alimentaire ?

Suite aux questions et à ma question de départ avez-vous des choses à rajouter ?

Annexe 6 :

Retranscription entretiens :

ESI : Alors, quel est ton parcours professionnel ?

Agnès : J'ai commencé à travailler en EHPAD pendant 3 mois en remplacement d'été, j'ai fait 5 mois d'intérim sur tout types de services, SSR, USLD, Ehpad, médecine et je suis dans le pool de médecine interne gériatrique depuis un an maintenant.

ESI : Qu'est-ce que représente pour toi une personne âgée ?

AGNÈS : Comment ça ?

ESI : Comment tu pourrais définir une personne âgée en fait ?

AGNÈS : Personnes âgées, c'est une personne souvent dans les services qu'on rencontre, qui sont parfois dépendantes où il y a un maintien à domicile difficile. Des personnes aux polyopathologies, avec souvent plusieurs problèmes de santé. Et on rencontre beaucoup dans les services, une moyenne d'âge très vieillissante entre la moyenne, elle est augmentée entre 80 et 95 ans, je dirais. Et parfois isolés, les personnes âgées sont parfois isolées.

ESI Quels types de difficultés tu rencontres le plus souvent ?

AGNÈS : Des retours à domicile qui ne sont pas possibles du coup, c'est le cheminement après l'hospitalisation, c'est le lien avec la famille, comme parfois ils sont isolés, on n'a pas, on n'a personne à contacter. Ouais, je pense l'isolement de la personne âgée.

ESI : Qu'est-ce que tu penses du rôle infirmier auprès de la personne âgée ? Les spécificités de ce rôle ?

AGNÈS : C'est de l'accompagnement parce que souvent on ne va pas être dans le curatif ou on va être dans le curatif quand on est dans de l'aigu, mais dans le chronique on ne va pas être dedans. C'est vraiment de l'accompagnement que la personne âgée soit bien, et qu'on l'accompagne des fois vers la fin de vie ou qu'on l'accompagne pour un autre projet de vie aussi bien qu'un retour à domicile qu'un projet de vie à l'ehpad ou des aides à domicile.

ESI : Et qu'est-ce que quelles qualités nécessaires pour toi ? Une infirmière, elle doit avoir ?

AGNÈS : La patience, parce que souvent, on peut vite perdre patience avec les troubles cognitifs, avec les démences et on peut se dire j'en ai marre, je perds patience, faut avoir je pense ce trait de caractère, c'est important.

ESI : Et qu'est-ce que l'exercice du rôle propre ? Est-ce que tu trouves qu'il est plus développé que dans d'autres populations ?

AGNÈS : Ouais, parce que par exemple, on va beaucoup revenir aux soins de nursing, des fois on va faire des soins de nursing à 2. Ça va être l'accompagnement pour manger. On va vraiment revenir à notre rôle propre. Le diagnostic infirmier quand on va avoir qu'il y a des signes cliniques que on va connaître, on va pouvoir aviser nous-même après forcément, en collaboration avec le médecin. Je trouve qu'on revient à notre rôle propre auprès de la personne âgée. Soins de nursing, accompagnement, même des activités quand même dans les services de médecine, je vois dans le pool, bah, les personnes âgées qui sont démentes ont même si c'est en médecine et ben on va essayer de trouver quelque chose qui va les canaliser, les aider, de l'occupation.

ESI : Quelle place prend l'alimentation des personnes âgées dans ta perception du soin infirmier ?

AGNÈS Ah je dirais ça revient tous les jours au travail, surtout partout dans les services où je vais y vais, USDL, médecine, ça revient tout le temps des problèmes où la personne âgée va plus s'alimenter, la texture qui ne va pas être adaptée. La dénutrition aussi, beaucoup de dénutrition parce que bah les personnes n'arrivent plus à manger chez elles, elles ont des difficultés au moins 50%. Parce que quand je vois qu'on les réhydrate, parce qu'ils sont déshydratés et tout. Ah ouais ouais, 50% de mon travail.

ESI : Et quelle adaptation tu peux trouver pour que ça se passe au mieux en fait, ces moments-là ?

ESI : Avec la Diète, beaucoup ont travaillé avec elle et. puis on a tellement d'outils que ça soit avec l'eau : l'eau plate, l'eau pétillante, l'eau gélifiée. On a énormément de manières de je sais plus comment on dit de d'alternative à côté de la personne a du mal à manger. Il y a tellement d'autres alternatives, la texture que ce soit mouliné ou mixte. Enfin, manger main aussi quand les personnes ont du mal à manger avec les couverts ont des difficultés. Donc, ouais. Il y a plein de choses à adapter, hein.

ESI : Et le manger main, c'est quelque chose que tu retrouves souvent ou c'est pas très développé encore ?

AGNÈS : Un peu de temps en temps. Mais ça ne reste pas courant je vais dire une fois sur 4 dans un service, là je l'ai vu en USLD. De temps en temps en médecine, mais ça reste rare. Je pense qu'en fait on n'est pas encore assez développé sur les textures qui peuvent être prises avec les mains. Pour le manger main et tout on n'est pas encore adapté là-dessus.

ESI : Pour les fausses routes, forcément la texture, mais est-ce que tu as d'autres trucs qui permettent d'éviter les fausses routes ?

IDE1 : L'installation de la personne. C'est aussi prendre le temps de bien les installer à manger. De bien les assoir, de les redresser, de les installer dans le lit. Même si on est en sous-effectif ou qu'on n'a pas le temps, on va chercher une collègue, on installe bien et des fois la personne, elle va être juste bien installée et elle va réussir à manger, mais il faut prendre le temps de le faire. Mais. Ouais, la fausse route. Et puis après ? Bah nous on reste vigilant aussi le personnel, si on sait que la personne est à risque, on va rester avec elle, on va l'accompagner, elle va manger toute seule parce que qu'on va garder son autonomie sur l'alimentation mais bon reste à côté et des fois on va dire bah là faut pas parler, manger plus doucement. Des conseils aussi, c'est l'installation et des conseils pour rappeler à la personne, bah prenez le temps, ne parlez pas. Ne buvez pas et manger en même temps faire les 2 en même temps.

ESI : Et qu'est-ce que tu penses de l'environnement ? Qu'est-ce que tu penses d'un environnement propice ? Pour toi qu'est-ce qu'un environnement propice à l'alimentation ?

Agnès : Bah c'est sûr, c'est toujours mieux que tu sois assis au fauteuil à table quand ils sont levés, quand ils sont dans vraiment dans l'environnement de on va manger et pas dans un lit. Après il y a des personnes qui sont grabataires donc on va avoir du mal à toujours les lever. Mais en fait dès qu'on peut, on va le faire parce que on sait que c'est important. Et je vois avec une patiente en USLD, elle est fatiguée, mais on va la lever quand même parce qu'on sait que c'est son plaisir de manger et que dans le lit elle a beaucoup de mal. Donc elle-même est d'accord en fait pour l'être levée et on mangeait assise à table, même dans une salle à manger, mais manger dans un endroit commun avec d'autres personnes. Je pense ça joue aussi.

ESI : Et la personne âgée, au fur et à mesure du temps, elle développe des troubles du goût. Comment tu penses que l'alimentation est adaptée ou pourrait être mieux adaptée aux troubles du goût ? Ou de la personne ?

AGNÈS Ouais, je vais revenir sur les soins palliatifs, on est beaucoup sur l'alimentation plaisir là-bas. Sur le goût. On va essayer du sel poivre, on met toujours sur les plateaux, on propose toujours bah si l'eau et la personne a du mal à boire de l'eau, bah il y a des sirops à mettre, des sirops, des goûts, on va essayer de retrouver un peu des goûts qu'ils aiment bien et qui leur font plaisir. Là hier par exemple c'était un Monsieur qui n'aime pas l'alimentation du CHU et le midi il n'avait pas mangé, donc l'après-midi il a demandé un coca et le soir il avait trop envie de manger parce qu'il a retrouvé un goût sucré qu'il le rappelait son enfance. Je pense ouais, on a toujours moyen de d'avoir des petits trucs en service, du sucre, du sel, du poivre, des épices. Mais ce n'est pas hyper développé encore quoi. On n'a pas de magasin d'épices, on n'a pas, ça reste souvent standard quand même de ce que la cuisine du CHU nous propose.

ESI : Et est-ce que ça, ça change un peu quand en EHPAD ou non, ça revient au même ?

AGNÈS : Et bah pas tant que ça, on a des bières sans alcool à l'EHPAD mais que je ne retrouve pas dans d'autres services. Mais après les goûts, ça va rester les mêmes, ça va être les mêmes sirops les mêmes, ouais. La biscotte, le pain de mie, enfin ça reste basique, quoi.

ESI : Pour toi, de quelle manière tu adaptes la prise des médicaments à la population âgée par rapport à des jeunes ?

IDE1 : Souvent je vais les écraser que je ne vais pas écraser chez une population jeune. C'est vrai qu'on a un protocole sur ce qu'on peut écraser ou pas, mais c'est vrai que des fois on est face à une impasse où la personne, même si on ne peut pas écraser le traitement, elle ne pourra pas le prendre. Donc est-ce que le bénéfice risque c'est vaut mieux pas qu'elle ne le prenne pas parce que l'on ne peut pas écraser ou qu'elle le prenne même écraser alors qu'il s'écrase pas. Moi, souvent, les médecins ils me disent bah on écrase au moins, il y aura toujours un peu la molécule. Écrasée après c'est mettre dans l'eau gélifiée dans une compote où on ne va pas donner avec la même boisson. Et souvent, c'est dans la négociation pour les donner que je ne négocierai pas chez une personne jeune. Puis des fois, c'est un refus ils ne veulent pas. C'est les personnes qu'ont leur habitude de vie qui à l'époque n'étaient pas prise de médicaments. Elles ne le sont toujours pas et des fois on est face à une impasse. Donc on va, le médecin va me dire bah on va mettre IV tout ce qu'on peut mettre IV et on va suspendre les traitements qui ne le sont pas, et tant pis.

ESI : Quand tu écrases les médicaments, tu fais comment pour écraser les médicaments ?

AGNÈS : Ben je les écrase tous.

ESI : Enfin, pardon, ce n'était pas clair, quel outil tu utilises ?

AGNÈS : Nous on appelle ça « Le Toucan », je ne sais pas son autre nom avec la petite pochette en plastique et qu'on va écraser, on utilise plus, beaucoup les écrase médicaments qu'on visse et ça s'écrase en vissant. On est vachement bien équipé. Enfin, ça se développe et je pense que ça se développe parce que notre population est vieillissante et que notre population a plus de mal à prendre le traitement entier per os.

ESI : Et pour toi quels médicaments tu distribues un peu le plus souvent les trucs qui reviennent vraiment.

AGNÈS : Les laxatifs pour les retards de selles, anti-coagulants per os, Eliquis beaucoup, dom péridone anti-nauséeux, atorvastatine anticholestérol et antiépileptique beaucoup, léviticéram. Et après on va mettre sous forme de buvable aussi des fois, je vois, je mets du léviticéram en comprimé chez certaines personnes, enfin certains patients et d'autres, je les mets du coup en buvable parce qu'il y a différentes formes de pour la molécule.

ESI : Et ça, c'est assez facile de discuter avec le médecin, de changer la forme du médicament.

IDE : Ouais, le médecin est très ouvert parce qu'il sait qu'on parfois on est en difficulté, que la personne va se grabatiser. Donc bah on évolue en fait avec la personne. Les traitements évoluent enfin, évoluent. Après ça dépend de son état de santé, mais au moins à la fin on essaye d'évoluer aussi et ça se développe de plus en plus les buvables. On appelle ça les buvables du coup dans les services, et on en a plusieurs et c'est hyper développé.

ESI : Et tu disais que tu utilises la compote, l'eau gélifiée. Est-ce que des fois ça t'arrive d'utiliser le repas de la personne pour... ?

AGNÈS : Oui quand la personne va être en texture, moulinée ou même lisse, là je vais mettre dedans. Après c'est vrai qu'on n'a jamais testé nous-même le goût donc je des fois je me dis je mets dans le plat parce que je mets une toute petite partie et il reste les 3/4 du plat à manger sans traitement. Mais moi je sais que dans le petit déjeuner c'est sacré souvent pour les personnes âgées et que le jus d'orange ça l'est encore plus et le café aussi. Du coup, je mets toujours un verre à côté. Je vais leur laisser leur plaisir de manger leur petit déjeuner avec le goût et mettre mes traitements à côté. Et si ça ne passe pas, je vais mettre une compote, je vais rajouter quelque chose à un petit-déjeuner, mais je mets dans le repas quand je sens que ça ne dérange pas la personne, mais sinon j'évite.

ESI : Ok et des fois ça t'arrive de cacher ces traitements aux personnes âgées ?

AGNÈS : Beaucoup, beaucoup, beaucoup parce que y en a qui sont dans le refus hein. Avec les troubles avec bah comme je disais tout à l'heure, les habitudes, ils ne veulent pas de traitement mais ça arrive plus souvent sur les troubles, on évite de cacher quand la personne est consciente en fait. On ne va pas être enfin entre guillemets vicieux je trouve ça. Dans le jus d'orange par exemple, bah les buvables en fait on va mettre les gouttes dans le jus d'orange et dire bah vous ne voulez pas un jus d'orange ? Et hop on va contourner le problème du traitement, de la prise on va dire.

ESI : Et les médicaments, tu les donnes toujours sur le temps du repas ou des fois, c'est à 16h00 ?

AGNÈS : Il y a pas mal de traitement au goûter ou au matin à 10h00 à l'EHPAD. Je vois pour les calcidoses, les vitamines D et tout l'EHPAD c'est vachement bien respecté que ça doit être à 02h00 de la prise de repas mais 3/4 du temps dans les autres services c'est en même temps on donne tout hein même le lansoprazole qui doit être pris à distance des repas, ça va être pris avant, pendant ou même juste après. Et j'ai très peu de traitement de 16h00 de 10h00, c'est vraiment sur le temps du repas. Et sauf ceux du coucher. Là vraiment, on essaie de jouer là-dessus parce que si on va donner à 18h00, bah des fois il y a des personnes qui aiment nous regarder la télé. Donc on va adapter, on va donner plus tard. C'est plus, plus souvent le soir par exemple, ça va être en décalé.

ESI : Ok, et à quel repas de la journée tu trouves que t'as en général le plus de médicaments à donner ?

AGNÈS : Le matin. Ouais le matin parce que souvent les médecins essayent de regrouper la prise quand même. Parce que si on a plein le matin, le midi, le soir, bah déjà pour l'estomac ça peut être compliqué. Et puis bah les anticoagulants c'est souvent le matin, le Kardégic, des fois le midi mais le matin. J'ai énormément de traitements.

ESI : Avec qui tu collabores pour donner les médicaments ?

AGNÈS : Les aides-soignantes parce qu'on a des agents de services hospitaliers, ils ne sont pas aptes du tout donc ça mais à l'EHPAD c'est écrit dans le je sais plus comment ils appellent ça par la Convention. Dans les textes de l'EHPAD c'est écrit que c'est l'aide-soignante qui distribue et donne. Nous on vérifie, c'est nous qui faisons les piluliers, c'est l'aide-soignante qui donne. En USLD, c'est aussi écrit que c'est l'aide-soignante qui va distribuer. Et dans les services de médecine, c'est plus nous parce que on va vraiment faire, notre tour de traitement et on va prendre le temps de les donner.

ESI : Et du coup les ASH par exemple, elles ne viendront pas avec des médicaments ?

AGNÈS : Non, Même un simple enfin simple, ça reste un médicament, mais enfin laxatif, elles ne peuvent pas, elles vont laisser le vert sur le côté et elles vont venir nous voir et nous demander, mais nous du coup on va donner ou elle va demander à l'aide-soignante. Mais non, à l'ASH, pas du tout. Ouais.

ESI : Et est-ce que des fois ça t'arrive de demander aux aidants pour la prise médicamenteuse quand parfois c'est compliqué ou pas ?

AGNÈS : Oui ça m'est déjà arrivé pas mal de fois où la famille restait pour donner à manger. Et du coup, la famille me disait oui, oui je vais donner les traitements. Je me souviens d'une patiente en gériatrie aiguë. Elle ne voulait pas prendre ses traitements c'était nous, non, non, non négociable. Et du coup il y avait ses filles qui étaient là le soir et elle prenait le traitement avec ses filles le soir et la famille, savait la difficulté qu'on rencontrait, donc elle restait pour les repas et les donner.

ESI : Pour toi, quelle influence les médicaments ils peuvent avoir sur la prise alimentaire ?

AGNÈS : Moi je verrai plus comme ça va aider la personne à manger derrière parce qu'en fait des fois le médicament, ça ne va pas être bon, vraiment le goût, mais je dis bah il y a le repas qui arrive, le repas qui arrive, ça va changer de goût. Du coup je joue sur le repas et la personne va manger parce qu'elle va vouloir faire passer le goût du médicament ou des fois ils vont se dire bah l'estomac ça reste dans l'estomac et tout je dis bah du coup faut manger pour que ça recouvre un peu les traitements et

éviter d'avoir l'estomac vide avec tous les traitements. Je dirais plus, ça aide. Ça ne va pas leur faire manger des fois tout le repas mais un peu ouais, ouais.

ESI : C'est plus une influence positive qu'une influence négative ?

AGNÈS : Ouais, je n'ai jamais vu réellement d'influence négative. Ouais non elles ne vont pas. Bah des fois ça arrive qu'ils prennent juste le traitement et qu'ils disent bah non je ne veux pas manger du coup je vais dire bah au moins les traitements et puis bah ils ne vont pas manger mais. Ça ce n'est pas, ce n'est jamais à cause des médicaments. Enfin en tout cas, les patients ne l'ont jamais dit. Je ne l'ai jamais remarqué.

ESI : Et pour toi, qu'est-ce qui fait qu'une alimentation elle est de qualité pour une personne âgée ?

Agnès : Quand il y a tout. Féculents, légumes, protéines. Quand ça va être adapté à la personne quand elle va manger, quand on voit que le plateau est vide ou des fois ils vont te faire bah c'était bon bah j'ai eu plaisir à manger. Et quand des fois ils sont dénutris, déshydratés, bah là je vais voir qu'il y a de l'eau gélifiée qu'il y a une bonne barquette d'eau. Et les compléments alimentaires aussi.

ESI : C'est quelque chose qui est beaucoup utilisé, les compléments alimentaires ?

AGNÈS : Oui. Énormément je dirais un patient sur 2, en a. Les boissons enrichies, les crèmes enrichies ou même des fois dans l'alimentation, l'alimentation va être enrichie les laitages enrichis. Et énormément utilisés mais beaucoup beaucoup beaucoup un patient sur 2.

ESI : Et pour toi ça c'est quelque chose qui fonctionne ou c'est quelque chose qui est ... ?

AGNÈS : Oui parce que des fois ils ne vont pas beaucoup manger mais ils vont prendre leur laitage enrichi. En fait, on va le voir sur leur poids qui se maintient, parce qu'il y a tout dedans, c'est enrichi comme ça porte son nom et on va le voir sur le poids, sur la forme de la personne, l'état cutané en fait.

ESI : Et toi, en tant qu'infirmière, tu as envie que la personne elle mange bien, qu'est-ce que tu penses être ton rôle vis-à-vis de cette personne pour garantir sa qualité de prise alimentaire

AGNÈS : En tant qu'infirmière, pour garantir sa prise alimentaire ?

ESI : Et qu'elle soit de meilleure qualité possible ?

AGNÈS : En tant qu'infirmière, on va le voir sur les plaies, les escarres, l'état cutané. Et quand on vote par exemple, il n'y a pas une bonne évolution, on va travailler en lien avec le médecin et la diététicienne et je pense qu'il y a l'aide-soignante. C'est le premier maillon de la chaîne qui va venir nous voir et après nous, nos diagnostics infirmiers sur si la personne est fatiguée, si elle maigrit, si sur

les prises de sang aussi parce que ça, ça va être nous qui allons le faire et on va avoir les résultats on va dire bah ouais, elle est dénutrie ou déshydratée. Et pour garantir, bah on va voir le médecin ou la diététicienne on va dire bah là il faut revoir l'alimentation parce que la personne ne mange pas ou parce que bah elle le dit parce que on voit qu'elle est faible du coup on va travailler ensemble pour revoir la texture, s'il faut enrichir, s'il ne faut pas enrichir. Et pour une renutrition pas trop rapide aussi parce que les personnes âgées qui mangent plus. Donc on va adapter les traitements pour que ça revienne au fur et à mesure.

ESI : Et est-ce que la nutrition entérale parentérale, c'est des choses qui sont beaucoup utilisées chez les personnes âgées ? Dénutries ou pas tant que ça ?

IDE : Pas tant que ça. Parce qu'on va rentrer dans. Comment expliquer ? On va aller jusqu'au bout de l'alimentation de per-os qu'on peut faire. On va mettre des sous-cut enfin, avec l'eau, avec des fois le Na en plus quoi. Mais on ne va pas mettre les poches d'Olimel, on ne va pas si la personne est porteur d'une GPE, on va mettre ça en USLD. J'ai déjà mis hein sur plusieurs patients et s'ils l'ont déjà en fait s'ils avaient déjà des difficultés avant de d'arriver en structure mais on va pas la faire poser ou la mettre si on voit qu'elle mange pas. On va vraiment jouer sur l'hydratation et l'alimentation plaisir du peu qui reste à manger mais on va. C'est très rare que j'ai vu un médecin dire bah là on va passer sur une GPE, on va passer sur l'alimentation, ouais. Ce qu'on arrive dans une impasse de prise en soin où je n'appellerais pas ça de l'acharnement déraisonnable. Parce que on accompagne la personne, hein Des fois ils sont pas du tout fin de vie et il faut accompagner jusqu'à qu'ils mangent jusqu'au bout. Mais souvent s'ils arrivent plus à manger, c'est que l'état général se dégrade. Et du coup on va accompagner là et on ne va pas aller pousser jusqu'à aller nourrir jusqu'au bout, c'est que bah on arrive au bout de ce qu'on peut faire.

ESI : Et tu parles d'alimentation, de plaisir, comment tu pourrais expliquer ce qu'est une alimentation plaisir ?

AGNÈS : Je vais revenir sur les soins palliatifs ou c'est des personnes qui sont à gros risque de fausse route mais ils ont envie de boire du liquide d'avoir un goût, donc on va donner des petites quantités, on va accompagner, donc souvent ça va être le coca, donc ça reste quand même à bulle et je me souviens d'une dame notamment, on lui faisait des sandwiches, rillettes, cornichons avec du pain. Alors qu'elle ne mangeait plus et elle mangeait que ça. On va vraiment adapter. Surtout pour le goût et des fois, juste le plaisir de mâcher. Et des fois, des personnes qui mangent vraiment plus. On va faire des bains de bouche en fait : à l'eau avec du citron, au coca, au café, on fait des bains de bouche à tous les goûts en fait. Ils vont retrouver le goût qui leur fait plaisir malgré qu'ils ne puissent pas manger.

ESI C'est dans le goût, qu'est ... ?

IDE1 : Beaucoup le goût ouais, des fois la texture, parce que les patients disent ça, leur manque de mâcher, de manger quelque chose. Mais c'est beaucoup dans le goût que la personne âgée a du plaisir.

ESI : Et pour finir, ma question de départ, c'est dans quelle mesure l'infirmière peut-elle adapter la prise des médicaments per-os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de sa prise alimentaire ? Est-ce que tu aurais des choses à rajouter de ce qu'on a dit par rapport à ça ?

AGNÈS : Non, je pense, les questions étaient complètes mais ouais, on adapte, on va être un des maillons en fait qui allons voir l'état de la personne. Et du coup on adapte énormément de choses même pour les traitements. Des fois quand ils ne prennent pas bah on va dire, bah tant pis on ne donne pas les traitements, on va prévenir le médecin quand même. Après c'est adapter les traitements ? Ouais bah c'est les buvables à la place des comprimés ça va être passer des traitements IV ou sous-cutanés quand on peut parce que la personne peu plus les prendre. C'est je pense sous forme comment on dit forme galénique du traitement. On va vachement jouer là-dessus. Et l'alimentation ? On va aussi beaucoup travailler dessus. Les textures des moulinés, lisses, plaisir, manger main, hydratation.

ESI : Merci

AGNÈS : Ben de rien, merci.

Transcription entretien n°2 :

IFSI :

Quel est ton parcours professionnel ?

OLIVER : Donc mon parcours professionnel. Donc ça fait 40 ans que je suis infirmier, que j'étais infirmier. En fin de compte, j'ai été 10 ans donc aux urgences de la pitié salpêtrière. Et ensuite 10 ans à l'hôpital Foch en salle de réveil. Ensuite, j'ai intégré le CHU 10 ans en ORL avec une partie ophtalmo vers la fin, avec la consultation et après 10 ans en gériatrie aigüe. Voilà mon parcours et depuis un an je suis donc en retraite mais je fais quelques gardes ou de remplacement dans les services. Voilà et je vais donner peut-être quelques cours au CHGR que je donnais à une époque. Voilà.

ESI : Pour toi, qu'est-ce que représente une personne âgée ?

OLIVER: Une personne âgée enfin de compte, c'est une personne qui arrive en, qui a plus de 80 ans. Je pense qu'au fur à mesure du temps les personnes âgées ont l'âge grandi. C'est à dire qu'avant on appelait personne âgée, à mon époque, c'était 65 70 ans. Et là on arrive à 80, je pense qu'on va arriver à 90 bientôt. En fin de compte, la personne âgée, c'est 80 ans, c'est une personne en fin de compte qui. La représentation maintenant, à notre époque, elle est un peu différente parce que les gens rentraient en. Était personne âgée quand on finissait notre vie de travail et alors que maintenant c'est plus le cas en fin de compte.

En plus, les gens ont été en retraite à 65, 70 ans et après on a encore 20 ans, de 10 à 15 ans de vie si on n'a pas de problème de santé. Avant de perdre un petit peu ses fonctions. Une personne âgée, moi je la considère comme une personne quand on perd des fonctions vitales, c'est à dire en fonction de perdre un peu d'autonomie, perte au niveau de l'esprit, un petit peu. Quand on perd notre autonomie en fait 1 ou 2 plusieurs critères, je pense que c'est ça.

ESI : Et, est ce que tu penses qu'il y a plusieurs types de vieillissement ?

OLIVER : Oui. Euh, Vieillissement, je sais pas ce qu'on appelle vieillissement en fin de compte. Non, parce que on devient bah, ça devient aussi. Chaque personne est en fonction de son parcours. Il y a des gens qui vont être vieux, assez jeunes parce qu'en fin de compte. Ça dépend dans quel milieu on évolue en fin de compte. Et je pense que c'est ça qui fait tout. Qui crée ou pas la vieillesse un petit peu. Si on rend, si on a un milieu où on est très très ouvert à différents âges de la vie. Si on se met, on se cantonne dans un milieu, comme si on se cantonne dans une maison de retraite où on vit que en autarcie dedans ou dans un milieu où on rencontre que des personnes âgées au fur et à mesure, on vieillit même plus vite, alors que quand on est ouvert et on voit différentes personnes, on côtoie des

jeunes, des moins jeunes, des gens en activité, et cetera. Ça booste les gens à se bouger. Et c'est ça en fin de compte, la personne âgée, si elle veut pas vieillir, il faut qu'elle bouge.

Je pense que c'est ça, il faut pousser les gens à toujours dans tout. Tous les matins, il faut avoir un certain rythme de vie comme le travail. Enfin bon, comme l'école, il faut garder, c'est un rythme, se construire un planning avec différentes activités parce que ben je ne vais pas se dire bah on se lève, on va se mettre dans notre fauteuil et on va attendre le repas. Et après on va faire la sieste et on va aller se coucher. Non ce n'est pas ça. Il faut au contraire avoir des choses à vivre qui vous, qui vous dérangent tous les jours et qui vous stimulent. Donc la stimulation. bah c'est les activités, c'est rencontrer des gens donc l'activité, bah c'est bouger, rencontrer des gens c'est communiquer, garder nos fonctions cognitives, partager avec différentes personnes, c'est une ouverture d'esprit donc aller rechercher beaucoup d'informations donc c'est avoir des relations et d'ouverture d'esprit. Ben sur des différents domaines avec différentes personnes avec différents âges. Donc tu vas avoir des communications différentes, des modes de vie différents, des actions différentes et donc c'est ça être construit et ça te forme au fur et à mesure. C'est tu continues ta formation même si tout au long de notre vie, en fin de compte, on essaie de se former mais ce n'est pas fini, il faut continuer jusqu'à la fin de notre vie. C'est se construire, il ne faut pas s'arrêter. Donc se construire, c'est rencontrer plein de choses et aller voir plein de choses et différentes personnes, et cetera je pense. Et la vieillesse c'est quand on a plus toutes ces stimulations, et en fin de compte quand on perd au fur et à mesure des stimulations, l'alimentation c'est rentré de nos dents. La nutrition parce qu'enfin de compte si on a plus d'envie.

Oui non. En fin de compte au fur et à mesure on perd cette envie-là donc on perd. Ben on perd la perte, la perte, il y a plus de stimulation donc plus de stimulation, donc on emmagasine plus. De plus on se nourrit plus. On ne voit plus personne, on s'isole. Tu vois, c'est la construction de chaque chose. Sur le domaine de l'alimentation, sur le domaine de l'esprit, sur le domaine de l'activité, sur le domaine cognitif. Donc au fur et à mesure qu'on ferme les portes et on a pu. Ben on dépérit en référence et on vieillit et on meurt.

ESI : Quelles sont les problématiques de santé et les types de difficultés les plus fréquentes rencontrées avec cette population en service ?

OLIVER : Bah c'est souvent la bah y a l'alimentation qui rentre en jeu parce que souvent les personnes âgées une des grosses problématiques c'est l'alimentation parce que souvent ils sont dénutris. Alors la nutrition, elle peut être ou une perte de poids ou la perte d'envie parce que déjà Ben la perte est d'où ça vient. Il faut chercher. Donc il y a une cause médicale, il peut y avoir une cause médicale, il peut y avoir une cause parce que la personne âgée n'arrive pas à se faire manger. Il y a une cause physiologique, c'est à dire qu'il a plus ses dents, il a du mal à manger, il peut plus bouger ses membres et il lui faut de l'aide. Et la difficulté de la déglutition, et cetera, ça peut être ça aussi. Qu'est-ce qu'il y

a d'autres ? Il y a la mobilité. La perte de mobilité. Donc il bouge moins, donc Ben en fin de compte, il perd des muscles, il perd, il perd le fait de pouvoir aller aux toilettes, il perd le fait de pouvoir rencontrer des gens, il reste, il reste toujours au même endroit. Il y a un risque d'escarre de plaie, et cetera, un risque de chute sur cette mobilité-là. Qu'est-ce qu'il y a d'autres aussi de pour ces personnes-là il y a le fait. Bah au niveau de la relation, de la communication, quand on communique plus, bah il communique moins donc ils sont plus stimulés. Donc le cognitif il y a une baisse du cognitif et donc au fur et à mesure le langage se perd, l'esprit se développe plus. Il s'isole, voilà. Qu'est-ce qu'il peut y avoir donc on a vu la mobilité, l'alimentation. l'esprit. Il y a la vue qui fait aussi. L'audition qui rentre donc la perception, l'audition, la perte du goût aussi. Donc tous les sens en fin de compte. Il faut se dire Ben on énumère tous les sens et toutes les toutes les personnes âgées, on perd au fur à mesure. C'est ça plus ou moins en fonction où il y a des personnes qui perdent plus sur l'audition, d'autres qui perdent sur la vue. Donc ça, c'est un facteur favorisant sur le vieillissement et sur la perte d'autonomie. Ouais je pense que c'est les grandes choses qui font que la personne vit et qui fait qu'il rend ce contexte de personnes âgées voilà je pense que c'est ça. Donc il faut analyser tous ces facteurs-là.

ESI : Qu'en est-il pour toi du rôle de l'infirmier auprès de la personne âgée ?

OLIVER : Et en fin de compte, c'est supplié à tout ça, à tous ces, à toutes ces problématiques. Donc elle peut être, il peut y en avoir qu'une, il peut y en avoir plusieurs, donc toujours les mêmes problématiques, c'est-à-dire : l'alimentation, l'aide à la personne, c'est à dire l'aide aux soins propres, parce que souvent ils ont une difficulté, pallier l'aider. Alors le but au départ c'est d'essayer à stimuler pour essayer qu'il recouvre une autonomie et voir c'est bah s'il arrive pas à trouver des moyens pour au moins que ça soit moins délétère possible ou qu'elle soit le moins, que la personne la moins importante si tu veux.

C'est l'aider et identifier les problèmes donc aider, identifier. Donc c'est à toi de regarder ce qui ne va pas, donc sur tous les niveaux. Donc au niveau médical c'est l'équipe médicale et toi tu vas déjà pallier et faire les soins adaptés par rapport à la problématique qui aura été trouvée dans le service. Mais en même temps à toi de détecter tout ce que tu vas voir qui n'a pas été mis en place ou voir bah comment les personnes qu'est-ce qu'elle sait faire, ce qu'elle ne sait pas faire. Donc identifier tous ces problèmes-là, ensuite voir dans quel environnement elle vit, est ce qu'elle a un environnement adapté ou pas. Donc savoir questionner la famille, voir bah si son environnement est adapté ou pas. Donc faire entrer différents acteurs. Donc sur l'environnement c'est l'ergothérapeute qui pourra aller voir ce qui se passe et adapter, mettre des outils en place. Sur l'alimentation, c'est la diététicienne qui va pouvoir adapter et voir s'il faut le supplier ou pas ou trouver des solutions.

Toi en fin de compte tu es le pôle déclencheur de, tu vas tirer, ouvrir toutes les portes pour que chaque chose voilà le kiné pour voilà. Donc tu vois les différents acteurs qui se trouvent à l'hôpital. Toi tu es

le POOL et tu vas. Donc au départ, t'identifies, tu recherches la problématique. Ensuite, la problématique, tu essaies de voir qu'est ce qui ce qu'elle sait faire ? Donc c'est une évaluation. Et donc tu construis un programme en disant bah je vais faire ça. Est ce qu'elle est capable de faire ? Voir le niveau dans lequel elle est ? Et ensuite quand tu as toutes ces problématiques-là, déclencher différents acteurs, leur relater tout ce que tu as découvert et ton étude et ensuite eux vont essayer de trouver des solutions. Et en fin de compte c'est ça qui fait que toi ton travail d'infirmière, tu auras accompli déjà des choses énormes.

ESI : Est-ce que pour toi l'exercice du rôle propre de l'infirmière, il est plus important que dans d'autres services ou utilisé différemment ?

Oliver : Bah il est je dirais qu'il est plus important s'ils en ont plus besoin parce que il y a, eux vont avoir des manques alors que quand tu vas dans un service de chirurgie, les gens sont en général autonomes. Donc déjà le rôle propre il est un petit peu en retrait puisque en fin de compte la personne est autonome. Donc c'est ce qui fait que le rôle propre entre tu le mettras plus en exergue dans ce sens où c'est en fonction de la perte d'autonomie de ton patient. Je pense que c'est la perte d'autonomie et l'évaluation que tu vas faire de cette autonomie qui va faire que ton rôle propre va être plus important. Parce que tu c'est là où tu vas te dire si, faut que j'aide cette personne pour ça, pour ça, et cetera. Donc, c'est ton évaluation et toi qui va te dire voilà donc il faut bien connaître ton dossier aussi pour se dire bah connaître l'environnement des patients, donc bien lire toutes les informations au départ, aller chercher les informations auprès de la famille, auprès des différents intervenants si y a des infirmières à domicile, s'il y a des kinés, et cetera pour savoir un peu comment il était avant, ce qui pourrait être fait si on peut améliorer les choses ou rester à l'état ou si ça va se dégrader. Donc c'est à toi d'analyser tout ça avec en partenariat avec l'équipe médicale et paramédicale de voir toutes les actions mise en place. Le but du jeu en fin de compte, c'est de que ton patient, lorsqu'il va partir de chez toi, soit capable au moins d'être à peu près au même niveau. Et s'il l'est, pas de paliers et de trouver des solutions ou au moins sinon.

ESI : Et quelles qualités tu penses sont nécessaires pour exercer en gériatrie ?

OLIVER : Ben c'est l'observation, de l'écoute, la communication toujours, l'empathie, savoir faire des soins avec, prendre le temps parce que si tu ne prends pas le temps, tu vas faire mal et c'est vrai. C'est vrai qu'on a notre métier fait que des fois on ne peut pas, mais il faut essayer de prendre le temps. La personne j'ai bah c'est une personne donc le respect de la personne, préserver l'intimité aussi parce que souvent c'est parce qu'ils sont plus capables de, donc il faut bah se dire que bah il faut les aider dans ce sens où faut les respecter il faut ils vont être ils ne vont pas pouvoir le dire ou il faut je pense qu'il faut faire attention à ça. Qu'est-ce qu'il y a d'autres aussi. Et, non, je pense que je dirai ça. Mais ce sont des choses essentielles.

ESI : Quelle place prend l'alimentation des personnes âgées dans ta perception du soin infirmier ?

OLIVER : Bah elle est importante, elle est importante, elle est importante, mais il faut relativiser parce que, en fin de compte, souvent, médecins et diététiciennes disent bah il faut tant de calories. Oui mais bon, il faut relativiser. Je pense qu'il faut y a un moment donné, il faut que la personne se fasse plaisir. C'est qu'avec le plaisir que on arrive à avoir des choses que. Si on n'a pas le plaisir et la participation du patient. Parce que si tu n'as pas ça en fin de compte on n'arrivera à rien, au contraire on va le braquer et au contraire il va refuser. Et aussi d'adapter en fonction de sa problématique, c'est à dire que ça peut être bah si c'est adapter son alimentation en fonction de ses désirs et aussi au niveau du contexte médical.

ESI : Quelle adaptation tu peux utiliser pour que ça se passe au mieux ce moment par rapport à la perte d'autonomie, par rapport aux fausses routes ?

OLIVER : C'est prendre le temps, c'est déjà de bien s'installer, d'installer son environnement. Donc l'installation de l'environnement, de bien expliquer ce qu'on attend de lui donc l'explication, la communication, donc sa coopération s'il n'est pas d'accord ou pas. Donc il ne faut pas le forcer. Donc déjà avoir ça et ensuite faire le geste, faire les actions, les faire avec, en tenant compte de ces difficultés. Et bah en fin de compte, trouver des outils qui permettront de l'alimenter ou de l'aider à marcher et cetera. C'est, c'est vraiment, c'est bah la connaissance, la compréhension de ce qu'on va faire, connaître son geste et l'adapter en fonction et trouver les outils pour. Et que la personne soit le mieux possible je pense, un ensemble de tout ça.

ESI : Est-ce que tu penses que l'alimentation à l'hôpital ou en institution en tout cas, elle est adaptée aux troubles du goût de la personne âgée ?

OLIVER : Euh non non, parce qu'on par exemple, souvent c'est ce qu'ils aiment et il faudrait qu'ils puissent manger ce qu'ils aiment et la quantité. Et en fin de compte, il faudra adapter en fonction de leur goût. Parce que mieux vaut qu'ils mangent quelque chose, très peu de choses, mais au moins qu'ils l'apprécient. Souvent on leur donne bah une purée, un bout, un poisson écrasé ou un truc comme ça ou. Mais ce n'est pas dans leurs habitudes, au fur et à mesure du temps chez eux ils ne mangeaient pas de cette manière-là il faut les écouter et comprendre ce qu'ils veulent au départ c'est comme tout. Je pense que la diététicienne essaye d'adapter aussi mais les contraintes. Je pense que c'est plutôt des contraintes organisationnelles et structurelles de l'hôpital qui font que on ne peut pas, on ne peut pas pallier ça. Je pense que la problématique ne vient pas des gens. Je pense que les professionnels voudraient le faire mais structurellement et institutionnellement, on ne peut pas, financièrement, on ne peut pas. Je pense que c'est plutôt ce côté-là qui fait que on ne peut pas arriver à quelque chose de bien. Mais je pense qu'au départ les gens veulent faire. On ne peut pas faire parce que, par rapport à ce que j'ai cité.

ESI : De quelle manière tu adaptes la prise des thérapeutiques à cette population ?

OLIVIER : Bah la prise des thérapeutiques c'est une problématique aussi ça. Souvent, c'est bah vous expliquez alors il y a des problématiques au niveau cognitif parce qu'il y a des patients qui ça dépend du contexte médical. Donc là on va avoir des difficultés parce que le patient va être contre par rapport à bah il va croire qu'on va l'empoisonner et cetera. Donc ça c'est une des problématiques, mais ça rentre dans le cadre vraiment médical. Donc là. Sinon, bah il faut toujours expliquer les bienfaits de la thérapeutique. Que ça va lui apporter. Voilà donc après trouver des solutions pour qu'il les prenne en fonction de la forme où il y a galénique du médicament. Parce qu'il y a des médicaments qu'on doit donner à jeun, il y a qu'on doit donner pendant repas. D'où donc la problématique de la prise des traitements. Souvent on a du mal à respecter ça parce que bah le patient. Il y a un espace-temps où on doit donner les médicaments et des fois certains médicaments, bah on va pouvoir les donner de la manière la meilleure qu'ils soient par rapport à aux prescriptions et au Vidal, parce que des fois il faut donner ce médicament à distance, et cetera, mais en fin de compte on peut pas parce que le patient va pas pouvoir le prendre à ce moment-là, et cetera, donc on sait. Mais bon bah. On sait que le médicament sera un peu moins efficace ou donc mais bah il faut en prendre, faut en faire son parti parce que bon. Bah oui des fois il faut expliquer aux médecins, bah ce patient là il a tout ça comme médicament, est ce qu'on ne pourrait pas diminuer et voir la quantité de médicaments ? Donc on essaye souvent sur les personnes âgées de diminuer les traitements et de me donner les médicaments les plus efficaces. C'est qu'en plus on s'est rendu compte que certains médicaments avaient des interactions et donc il y avait des potentialisations ou des effets négatifs et des interactions qui étaient négatives quand tu prenais des traitements en même temps, donc voilà. Donc c'est souvent c'est toujours aussi, on revient toujours au partenariat médecin paramédical médical et donc voir ce qu'on a constaté. Et après, trouver des solutions pour que le traitement soit donné. Donc discuter avec le patient, discuter avec l'équipe médicale et voir ce qui peut être donné, former, changer des fois la forme pour qu'elle puisse être soit en poudre, et cetera, si le patient n'arrive pas à avaler et cetera, donc trouver des solutions.

ESI : Quand tu parles d'en poudre, c'est le fait d'écraser.

OLIVIER : Bah y a ça, y a des médicaments qu'on peut écraser d'autre on ne peut pas. Donc alors voir avec les médecins si on ne peut pas trouver une solution quand on ne peut pas écraser de médicaments, voire parce que si le médicament on peut l'écraser on ne peut pas le donner puisque il sera pas efficace. Donc le but c'est de voir avec le médecin si on peu pas trouver une autre forme ou un autre médicament qui est à peu près équivalent qui pourrait être sous cette forme-là, et cetera, c'est dans ce sens-là.

ESI : Est-ce que quand tu procèdes à la distribution voilà pardon des thérapeutiques et si jamais tu écrases ou ils sont en forme buvable ou pas, ça t'arrive d'utiliser des supports alimentaires pour les donner ?

OLIVER : Oui. Oui lors de la dispensation des traitements en fin de compte. Donc je regarde mon plan de soins et en fonction donc déjà tu vérifies toujours en fonction. Ben savoir si tu peux les mettre sous telle ou telle forme écraser ou pas écraser. Est ce qu'ils peuvent être sous forme soluble ou pas, s'ils peuvent être mis dans de l'eau, et cetera. Donc là en fonction de ça. Souvent, en gériatrie, tu souvent en compote ou confiture, et cetera, en fonction pour faire passer le traitement. Des traitements, par exemple les traitements sur les troubles cognitifs, souvent ce sont des médicaments âcres, et cetera, donc on utilise soit des jus, et cetera, et donc on met le traitement dans un jus d'orange ou dans une boisson qu'il préfère pour pouvoir atténuer le goût et en même temps pouvoir le faire lui faire prendre. Donc il faut aussi voir que quand tu mélanges un traitement, il faut essayer de le mélanger dans très peu de quantité parce qu'en fin de compte on n'est pas sûr que le patient puisse le prendre dans la totalité donc. Toujours bah tu mets ton traitement et Bah tu essaies de mettre ton traitement et tu mets le minimum d'alimentation de support pour pouvoir être sûr que tu puisses lui donner tout son traitement, qu'il est donc la quantité de traitement qui a été prescrite par ton médecin ?

ESI : Est-ce que ça t'est arrivé ou ça t'arrive de mettre surtout pour les gens qui ont des repas en texture un peu lisse, mixée, de mettre les thérapeutiques dans le repas ?

OLIVER : Bah comme je l'expliquais en fin de compte il faut essayer. Il ne faut pas. Bah il faut on peut le faire que quand on a un patient ou on sait qu'il va être dans le refus de la prise de traitement. Donc là on va essayer de lui donner un on va identifier déjà un produit qu'il aime bien déjà. Donc c'est un travail en amont de savoir avec. Donc c'est d'où la coopération avec les aides-soignantes, les agents hospitaliers ou la diététicienne... voire un produit qu'il aime bien. Quand on voit qu'il prend bah soit un jus, soit un truc, soit une compote ou celui-là bah on va essayer de privilégier ce traitement-là, on va mettre dans le quand on sait qu'il va, il va être un peu réfractaire à la prise, là on peut le mélanger complètement. Et sinon bah on essaye quand il est participatif de prendre une petite quantité mais quand il n'est pas participatif on essaie donc la première le but c'est de trouver l'aliment qui va être le facteur favorisant pour voir la prise. Donc c'est à toi de savoir bah tiens j'ai repéré qu'il adore ça donc on va plutôt le mettre dans celui-là. Donc voilà, c'est la petite astuce.

ESI : Et pour la distribution et la prise des médicaments ? Tu collabores du coup avec l'aide-soignante comme tu disais.

OLIVIER : Alors, par exemple je collabore. Oui on peut collaborer mais c'est toi qui es responsable de la prise des traitements donc tu lui donnes. Après c'est un échange. C'est à dire que si la personne tu sais que la personne ne mange pas toute seule, tu vas dire à ton aide-soignante, bah j'ai mis les

traitements là tu me diras s'il l'a pris ou pas donc tu lui précises bien tu mets traitement un petit peu à distance de la personne pour que l'aide-soignante ou l'agent hospitalier qui va donner le repas à ton patient identifie bien au moins le traitement et qu'elle pourra te relater si il a pris ou pas et on pourra le valider ou pas. Voilà sur la collaboration vient sur ce temps-là, c'est tout. Voilà. Et sinon, bah quand ils sont capables de les prendre, on laisse le traitement au patient et après souvent toi tu ne débarrasses pas, donc ton aide-soignante doit vérifier ou toi tu dois vérifier. Alors souvent moi j'aimais mieux donner quand les personnes étaient capables de prendre leur traitement, je leur donnais au fur et à mesure et je vérifiais la prise de traitement directement. Comme ça tu es sûr qu'ils l'ont prise. Et sinon, quand la personne était vraiment autonome et au niveau cognitif elle étaient bien. Je laissais les traitements parce qu'il ne faut pas les annihiler non plus. Donc tu leur laisses et après tu demandes à ton aide-soignante ou tu repasses pour voir si le médicament aura été pris. Voilà c'est comme ça, je faisais.

ESI : Et est-ce que des fois, avec des situations parfois compliquées de soins ou pas, ça t'est arrivé de demander aux aidants, aux proches, à la famille ?

OLIVER : Oui. Oui, ça peut être une aide, bien au contraire, ça on s'en sert, c'est un support en plus. Quand on a des aidants, c'est quelques aidants sont capables, donc il faut les identifier aussi hein, parce que y a des aidants qui ne seront pas capables. Donc il faut aussi leur expliquer sur le mélange parce que sinon ils vont prendre les médicaments, ils vont tout te mettre dans le repas et ils vont si la personne n'a pas trop faim, elle va manger une partie de repas et ton traitement ne sera pas pris. Donc il faut la prendre à part, lui expliquer. Donc c'est toute une discussion que tu dois faire. À l'aidant, lui expliquer en même temps ça permettra, ça lui donnera une information et tu vas avoir un facteur éducatif dans le fait que tu vas expliquer pourquoi tu donnes ces traitements et tu vas lui expliquer et tu vas lui expliquer comme ça elle pourra prendre en charge sa maman à la maison. Donc ça rentre dans ton rôle délégué ou propre même d'éducation.

ESI : Et pour toi, quelles influences peuvent avoir les médicaments sur la prise alimentaire ?

OLIVER : Ça peut être un facteur qui fait que le patient ne va pas vouloir manger du tout parce qu'ici c'est pas bon. C'est ça qui est embêtant parce que le matin vous voulez on les réveille. Qu'est-ce qu'on leur donne en premier avant de prendre le petit déjeuner, pratiquement faut qu'ils prennent leur traitement. C'est alors il y a des patient bah en fin de compte après ils refusent de manger parce que donc c'est donc d'où l'intérêt de connaître aussi, voir quand tu vois la première fois que tu donnes son traitement, bah il ne mange pas après. Il faut trouver des solutions donc à toi de voir comment tu vas donner le traitement. Sois-tu lui donnes un petit peu et il mange après un petit peu après ou soit il mange un petit peu, il prend son traitement entre les 2. S'adapte en fonction de chaque patient. C'est à toi de toujours trouver la solution. Donc toujours on est toujours sur le même, la problématique,

regarder, observer, comprendre, voir ce qu'il fait. Ensuite, trouver des solutions, savoir s'il y a une problématique ou pas, trouver des solutions et ensuite mettre des actions en marche. Et si ces actions marchent bien, bah tu restes alors ça si elle ne marche pas bah tu refais. Bah toujours c'est un peu aussi la démarche de soins. C'est on retrouve, c'est pour ça qu'on fait travailler tout le temps dans ce truc-là. C'est parce qu'en fin de compte, on veut que vous ayez cette gymnastique d'esprit de bah c'est ça. Si tu veux apporter quelque chose à quelqu'un, c'est avant d'apporter il faut la comprendre, faut lui expliquer, il faut lui dire comment faire, après il le fait et après bah si il est autonomie, il le fait.

ESI : Et, qu'est-ce que pour toi une alimentation de qualité quand par rapport à cette population âgée ?

OLIVIER : L'alimentation de qualité, c'est les, enfin l'ARS ou ce qu'ils disent c'est de prendre 5 fruits et légumes par jour. Donc il faudrait qu'ils aient au moins 5 fruits en apport. Il faudrait qu'il y ait au moins une fois des protéines dans la journée. Il faudrait qu'il y ait du pain ou des féculents au moins aussi une fois par jour. De la boisson entre 1 L et 1 l et demi. Voilà, ça c'est les principes de base. Ce qu'il faut éviter, c'est trop de sucre, trop de graisse, sucre graisse ouais. L'excès de graisse, oui, c'est ça. Voilà et après il faut que dans la journée, il y ait au moins eu tout ça. Ça, ça serait une alimentation de qualité en respectant ses désirs et ce qu'il aime. Si on arrive à aller tout ça, bah on arrive à bien nourrir son patient et à lui apporter tout ce qui, tout ce dont il a besoin. Voilà mais c'est tous les jours. Bah y a des jours avec y a des jours sans, donc un jour tu arriveras à les faire manger quelque chose. Un autre jour dernier ça n'arrivera pas. Donc après voilà et après il faut surveiller le poids aussi, faut le surveiller. Mais je pense qu'après, y a un moment où il faut-il faudra relativiser. Et après c'est une discussion en équipe avec les différents acteurs. Je pense qu'après il y a un moment donné où le patient est plus capable de vraiment le prendre. Donc il faut être relatif avec tout ça avec des normes et tous les objectifs qu'on s'était donné au départ ou les objectifs institutionnels ou médical ou paramédical. Faut prendre un peu de distance, il faut se laisser une certaine liberté.

ESI : Et enfin, ma question de départ, c'est, dans quelle mesure l'infirmier ou l'infirmière peut-elle adapter la prise des médicaments per os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de sa prise alimentaire ? Est-ce que suite à ce qu'on a dit à la question de départ de des choses à rajouter ?

OLIVER : Bah, les médicaments, c'est un quelque chose qui va apporter au patient. Donc c'est quelque chose d'important. L'alimentation, c'est quelque chose d'important. Donc après, il faut doser des médicaments qui sont nécessaires à ceux qui sont que moindres. Donc il faut déjà voir ça. On peut essayer de voir si on peut diminuer là-dessus. Sur l'alimentation, il faut apporter des choses, une alimentation qui soit une alimentation de plaisir, pas une alimentation obligatoire ?

Donc, c'est un équilibre entre tout ça. Je pense qu'il faut trouver. Quand on arrive à trouver l'équilibre, bah tout le monde est satisfait. Le médical est mis satisfait, le patient est satisfait et l'infirmière est heureuse.

ESI : Bah merci beaucoup.

OLIVIER : Il n'y a pas de quoi.

Annexe 7 : Tableaux d'analyse :

Objectif : Comprendre le rôle infirmier auprès des personnes âgées :

Savoir être	Qualités nécessaires d'un infirmier en gériatrie	Agnès	« patience » « faut avoir je pense ce trait de caractère, c'est important »
		Oliver	« c'est l'observation », « l'écoute » « la communication » « toujours, l'empathie », « savoir faire des soins avec, prendre le temps » « il faut essayer de prendre le temps ». « le respect de la personne, », « préserver l'intimité aussi »
Dans le cadre du rôle propre	Soins de nursing	Agnès	« soins de nursing », « soins de nursing à 2 », « Soins de nursing »
		Oliver	« l'aide aux soins propres », « (l'aide aux soins propres) parce que souvent ils ont une difficulté », « pallier l'aider. » « le but au départ c'est d'essayer à stimuler pour essayer qu'il recouvre une autonomie » « (recouvre une autonomie)s'il arrive pas à trouver des moyens pour au moins que ça soit moins délétère possible » « (l'aide apportée) ou qu'elle soit le moins, que la personne la moins importante si tu veux. »
	Accompagnement	Agnès	« accompagnement », « vraiment de l'accompagnement » «on l'accompagne des fois vers la fin de vie », « ou qu'on l'accompagne pour un autre projet de vie » ,« (ou qu'on l'accompagne) aussi bien qu'un retour à domicile », « (ou qu'on l'accompagne) qu'un projet de vie à l'ehpad », « (ou qu'on l'accompagne) ou des aides à domicile », « l'accompagnement pour manger », « accompagnement »
		Oliver	« C'est l'aider », « aider », « faut que j'aide cette personne pour ça », « il faut les aider dans ce sens où faut les respecter »
	Réflexion et mise en place d'un projet de soins	Agnès	« diagnostic infirmier », « collaboration avec le médecin », « Activité », « trouver quelque chose qui va les canaliser, » « (trouver quelque chose) les aider, (trouver) de l'occupation »
		Oliver	« identifier les problèmes » « identifier » « c'est à toi de regarder ce qui ne va pas, donc sur tous les niveaux. » « toi tu vas déjà pallier et faire les soins adaptés par rapport à la problématique qui aura été trouvé dans le service ». « détecter tout ce que tu vas voir qui a pas été mis en place » « (détecter) qu'est-ce qu'elle sait faire, ce qu'elle sait pas faire. » « identifier tous ces problèmes-là », « questionner la famille », « Donc au départ, t'identifies, tu recherches la problématique » « la problématique, tu essaies de voir qu'est ce qui ce qu'elle sait faire ? » « c'est une évaluation. » « tu construis un programme en disant bah je vais faire ça. » « Est ce qu'elle est capable de faire ? » « Voir le niveau dans lequel elle est ? » « c'est ton évaluation et toi qui va te dire » « il faut bien connaître ton dossier aussi » » « bien lire toutes les informations au départ » « aller chercher les

			informations auprès de la famille » « (aller chercher les informations) auprès des différents intervenants » « c'est à toi d'analyser tout ça avec en partenariat avec l'équipe médicale et paramédicale » « de voir toutes les actions en place pour pouvoir que ton patient, lorsqu'il va partir de chez toi, soit capable au moins d'être à peu près au même niveau. » « (au même niveau d'autonomie) s'il l'est, pas de paliers et de trouver des solutions »
Importance du rôle propre	Agnès		« vraiment revenir à notre rôle propre » « revient [...] à notre rôle propre auprès de la personne âgée »
	Oliver		« (le rôle propre) Bah il est je dirais qu'il est plus important s'ils en ont plus besoin » « ce qui fait que le rôle propre tu le mettras plus en exergue dans ce sens où. C'est en fonction de la perte d'autonomie de ton patient. » « Je pense que c'est la perte d'autonomie et l'évaluation que tu vas faire de cette autonomie qui vont faire que ton rôle propre va être plus important »
Evaluer l'environnement	Agnès		
	Oliver		« voir dans quel environnement elle vit », « est ce qu'elle a un environnement adapté ou pas. » « voir bah si son environnement est adapté ou pas. » « connaître l'environnement des patients, »
Rôle de coordinateur	Agnès		
	Oliver		« faire entrer différents acteurs. » « (faire entrer les différents acteurs) sur l'environnement c'est l'ergothérapeute » « (faire entrer les différents acteurs) Sur l'alimentation, c'est la diététicienne » « Toi en fin de compte tu es le pôle déclencheur » « tu vas tirer, ouvrir toutes les portes pour que chaque chose » « Donc tu vois les différents acteurs qui se trouvent à l'hôpital ». « Toi tu es le POOL ». « (vis-à-vis des problématiques) déclencher différents acteurs, leur relater tout ce que tu as découvert et ton étude »

Objectif : Connaitre mon interlocuteur infirmier et établir une corrélation entre ses réponses et son parcours professionnel

Des infirmiers aux expériences bien différentes	Parcours professionnel	Agnès	« EHPAD pendant 3 mois en remplacement d'été » « j'ai fait 5 mois d'intérim sur tout type de service, SSR, USLD, Ehpad, médecine » « le pool de médecine interne gériatrique depuis un an maintenant »
		Oliver	« ça fait 40 ans que je suis infirmier » « j'ai été 10 ans donc aux urgences de la pitié salpêtrière ». « Et ensuite 10 ans à l'hôpital Foch en

			<p>salle de réveil ».</p> <p>« Ensuite, j'ai intégré le CHU 10 ans en ORL avec une partie ophtalmo vers la fin, avec la consultation »</p> <p>« après 10 ans en gériatrie aigue. »</p> <p>« depuis un an je suis donc en retraite mais je fais quelques gardes ou de remplacement dans les services. »</p> <p>« je vais donner peut-être quelques cours aux stagiaires. Je donnais à une époque. »</p>

Objectif : Recueillir son point de vue sur la population âgée.

Récurrence dans les services	Agnès	« c'est une personne souvent dans les services qu'on rencontre » « Et on en rencontre beaucoup dans les services »
	Oliver	
Maintien à domicile difficile	Agnès	« qui sont parfois dépendantes » « maintien à domicile difficile »
	Oliver	

Causes d'hospitalisation	Polypathologiques	Agnès	« Des personnes avec polypathologiques » « avec souvent plusieurs problèmes de santé. »
		Oliver	
	Isolement des personnes âgées	Agnès	« parfois isolés » « les personnes âgées sont parfois isolées » « parfois elles sont isolées » « on n'a personne à contacter » « je pense l'isolement de la personne âgée. »
		Oliver	
	Un après hospitalisation difficile	Agnès	« Des retours à domicile qui ne sont pas possibles du coup » « c'est le cheminement après l'hospitalisation », « c'est le lien avec la famille »
		Oliver	
Population vieillissante	Agnès	« moyenne d'âge est très vieillissante » « la moyenne, elle est augmentée entre 80 et 95 ans »	
	Oliver	« Une personne âgée enfin de compte, c'est une personne qui a plus de 80 ans. » « Je pense qu'au fur à mesure du temps les personnes âgées ont l'âge grandi. » « C'est à dire qu'avant on appelait personne âgée, à mon époque, c'était 65 70 ans. » « Et là on arrive à, je pense qu'on va arriver à 90 bientôt. » « En fin de compte, la personne âgée, c'est 80 ans » « La représentation maintenant, à notre époque, elle est un peu différente parce que les gens rentraient en. Était personne âgée quand on finissait notre vie de travail et alors que maintenant c'est plus le cas en fin de compte. » « En plus, les gens ont été en retraite à 65, 70 ans et après on a encore 20 ans, de 10 à 15 ans de vie si on n'a pas de problème de santé. Avant de perdre un petit peu ses fonctions. »	
Difficultés	La perte d'autonomie	Agnès	
		Oliver	« Une personne âgée, moi je la considère comme une personne quand on perd des fonctions vitales », « c'est à dire en fonction de perdre un peu d'autonomie », « perte au niveau de l'esprit », « On perd une autonomie » « en fait 1 ou 2 plusieurs critères, » « Donc ça, c'est un facteur favorisant sur le vieillissement et sur la perte d'autonomie »
	Difficultés face à l'alimentation	Agnès	
		Oliver	« (type de difficultés rencontrées) c'est souvent la bah y a l'alimentation qui rentre en jeu » « parce que souvent les personnes âgées une des grosses problématiques c'est l'alimentation » « (l'alimentation qui rentre en jeu)parce que souvent ils sont dénutris. » « Alors la nutrition, elle peut être ou une perte de poids ou

particuliers de la personne âgée			la perte d'envie » « la perte est d'où ça vient. Il faut chercher ». «(d'où vient la perte ?)il peut y avoir une cause médicale, » « (d'où vient la perte ?)il peut y avoir une cause parce que la personne âgée ne n'arrive pas à se faire manger. » « (d'où vient la perte ?)Il y a une cause physiologique, » « (cause physiologique)c'est à dire que il n'a plus ses dents, il a du mal à manger, il peut plus bouger ses membres et il lui faut de l'aide. » « Et la difficulté de la déglutition aussi. »
	Difficultés face à la mobilité	Agnès	
		Oliver	« (type de difficultés rencontrées) Il y a la mobilité. » « La perte de mobilité. » « il bouge moins », « (ils bougent moins donc ils perdent des muscles » « (du à la perte de mobilité) il perd le fait de pouvoir aller aux toilettes », « (du à la perte de mobilité) il perd le fait de pouvoir rencontrer des gens, il reste, il reste toujours au même endroit. » « (du à la perte de mobilité) Il y a un risque d'escarre » « (du à la perte de mobilité) de plaie », « (du à la perte de mobilité) un risque de chute sur cette mobilité-là. ».
	Difficultés cognitives	Agnès	
		Oliver	« Qu'est-ce qu'il y a d'autres aussi de pour ces personnes-là il y a le fait. » « Bah au niveau de la relation, de la communication, quand on communique plus, bah ils communiquent moins donc ils ne sont plus stimulés. » « Donc le cognitif il y a une baisse du cognitif et donc au fur et à mesure le langage se perd, l'esprit ne se développe plus. »
	Perte des sens	Agnès	
Oliver		« (type de difficultés rencontrées)Il y a la vue qui fait aussi. » « L'audition qui rentre donc la perception, » « l'audition », « la perte du goût aussi. » « (perte) Donc tous les sens en fin de compte. » « Il faut se dire Ben on énumère tous les sens et toutes les toutes les personnes âgées, on perd au fur à mesure. » « C'est ça plus ou moins en fonction des personnes » « (il y a des personnes âgées) qui perdent plus sur l'audition » « (il y a des personnes âgées) d'autres qui perdent sur la vue. ».	

Objectif : Etablir un lien entre les compétences et l'adaptation dont l'infirmière doit faire preuve pour proposer une alimentation de qualité aux personnes âgées et identifiez la place que prend l'alimentation dans les soins dispensés.

Les leviers de l'IDE face à l'alimentation	Récurrence et importance de l'alimentation dans les soins	Agnès	« ça revient tous les jours » « , surtout partout dans les services où je vais » « ça revient tout le temps » « moins 50%. » « Ah ouais ouais, 50% de mon travail » « (l'alimentation) On va aussi beaucoup travailler dessus. »
		Oliver	« elle (l'alimentation) est importante, » « (l'alimentation elle est importante », « elle est importante, » « Voilà mais c'est tous les jours ». « y a des jours avec y a des jours sans, » « donc un jour tu arriveras à les faire manger quelque chose. Un autre jour dernier ça n'arrivera pas »
	Collaboration de l'infirmière	Agnès	« Avec la Diète » « (avec la diete) beaucoup ont travaillé avec elle » « on va travailler en lien avec le médecin » « (on va travailler en lien avec) la diététicienne » « je pense qu'on a l'aide-soignante ». « (je pense qu'on a l'aide-soignante) C'est notre, c'est le premier maillon de la chaîne qui va venir nous voir » « on va voir le médecin » « (on va voir) la diététicienne » « on va dire bah là il faut revoir l'alimentation parce que la personne ne mange pas » « (on va voir parce que qu'elle est faible » « on va travailler ensemble pour revoir la texture », « (on va travailler ensemble) s'il faut enrichir, s'il ne faut pas enrichir. » « (on va travailler ensemble) pour une renutrition pas trop rapide »
		Oliver	« Je pense que la diététicienne essaye d'adapter aussi mais les contraintes. » « cette discussion entre en équipe avec des différents acteurs ».
	Outils d'adaptation de l'alimentation	Agnès	« on a tellement d'outils » « que ça soit avec l'eau : l'eau plate, l'eau pétillante, l'eau gélifiée » « le manger main », « Les textures moulinées », « (les textures) lisses, » « (l'alimentation plaisir », « On a énormément [...] d'alternative à côté de la personne a du mal à manger » « Il y a tellement d'autres alternatives, la texture que ce soit mouliné mixte » « Enfin, manger main aussi quand les personnes ont du mal à manger avec les couverts ont des difficultés » « (manger main rencontré) une fois sur 4 dans un service » « ça reste rare » « pas encore assez développé sur les textures qui peuvent être prises avec les mains » « Pour le manger main et tout on n'est pas encore adapté là-dessus. »
		Oliver	« adapter en fonction de sa problématique », « ça peut être bah si c'est adapter son alimentation en fonction de ses désirs et aussi au niveau du contexte médical. »
	Importance de l'environnement	Agnès	« c'est toujours mieux qu'il soit assis au fauteuil, à table » « quand ils sont levés » « quand ils sont dans l'environnement de on va manger » « pas dans un lit. » « dès qu'on peut-on va le faire (lever la personne) » « (dès qu'on peut-on va le faire (lever la personne)parce que on sait que c'est important. » « <i>Et je vois avec une patiente en usld, elle est fatiguée,</i>

			<i>mais on va la lever quand même parce qu'on sait que. Euh, c'est son plaisir de manger et que dans le lit elle a beaucoup de mal. Donc elle-même est d'accord en fait pour être levée et manger assise à table, même dans une salle à manger, mais » « manger dans un endroit commun avec d'autres personnes. Je pense ça joue aussi. »</i>
		Oliver	« C'est prendre le temps, c'est déjà de bien s'installer, » « d'installer son environnement ». « l'installation de l'environnement »,
	Diagnostic infirmier	Agnès	« nos diagnostics infirmiers sur » « (nos diagnostics infirmiers sur)si la personne est fatiguée », « (nos diagnostics infirmiers sur si la personne est) si elle maigrit », « (nos diagnostics infirmiers sur si la personne est) si sur les prises de sang aussi parce que ça, ça va être nous qui allons le faire et on va avoir les résultats on va dire bah ouais, elle est dénutrie ou déshydratées ».
		Oliver	« il faut surveiller le poids aussi », « faut le surveiller (le poids). » « Mais je pense que après, y a un moment où il faut-il faudra relativiser »
	Aide à l'alimentation	Agnès	
		Oliver	« il ne faut pas le forcer. » « faire le geste », « faire les actions », « les faire avec », « (les faire avec) en tenant compte de ces difficultés ». « trouver des outils qui permettront de l'alimenter » « la connaissance, la compréhension de ce qu'on va faire », « connaître son geste » « (son geste d'alimenter) l'adapter en fonction (de la personne) ».
	Communication	Agnès	
		Oliver	« de bien expliquer. » « (de bien expliquer) ce qu'on attend de lui » « donc l'explication », « la communication, » « donc sa coopération s'il est pas d'accord ou pas. »
Les contraintes et vigilances face à l'alimentation	Problèmes/ difficultés rencontrées face à l'alimentation d'une personne âgée	Agnès	« ça revient tout le temps » « la texture qui ne va pas être adaptée » « La dénutrition aussi » « beaucoup de dénutrition » « les «personnes n'arrivent plus à manger chez elles » « , elles ont plus de difficultés »
		Oliver	
	Habitudes alimentaires face aux contraintes hospitalières	Agnès	
		Oliver	« il faudra adapter en fonction de leur goût ». « Parce que mieux vaut qu'ils mangent quelque chose, très peu de choses, mais au moins qu'ils l'apprécient ». « Souvent on leur donne bah une purée, un bout, un poisson écrasé ou un truc comme ça ou. Mais ce n'est pas dans leurs

		<p>habitudes », « au fur et à mesure du temps chez eux ils ne mangeaient pas de cette manière-là il faut les écouter et comprendre ce qu'ils veulent au départ c'est comme tout. » « Je pense que c'est plutôt des contraintes organisationnelles et structurelles de l'hôpital qui font que on ne peut pas, on ne peut pas pallier ça. »</p> <p>« Je pense que la problématique ne vient pas des gens ». « Je pense que les professionnels voudraient le faire mais structurellement et institutionnellement, on ne peut pas, » « Je pense que c'est plutôt ce côté-là qui fait que on ne peut pas arriver à quelque chose de bien. »</p> <p>« Mais je pense qu'au départ les gens veulent faire. »</p>
Vigilance face aux fausses routes	Agnès	<p>« L'installation de la personne »</p> <p>« prendre le temps de bien les installer à manger »</p> <p>« De bien les assoir »,</p> <p>« de les redresser »,</p> <p>« de les installer dans le lit ». « on installe bien » « des fois la personne, elle va être juste bien installée et elle va réussir à manger »</p> <p>« prendre le temps de le faire. (bien installer la personne »</p> <p>« reste vigilant aussi le personnel », « si on sait que la personne est à risque, Ben on va rester avec elle »,</p> <p>« (si on sait que la personne est à risque) on va l'accompagner », « (si on sait que la personne est à risque) elle va manger tout seul ce qu'on on va garder son autonomie sur l'alimentation »</p> <p>« si on sait que la personne est à risque)</p> <p>des fois on va dire bah là faut pas parler, manger plus doucement. »</p> <p>« Des conseils aussi »</p> <p>« c'est l'installation » « des conseils » « prenez le temps »,</p> <p>« ne parlez pas. » « Ne buvez pas et manger en même temps faire les 2 en même temps. » « (personnes à gros risque de fausse route mais ils ont envie de boire du liquide d'avoir un goût), donc on va donner des petites quantités, » « (personnes à gros risque de fausse route mais ils ont envie de boire du liquide d'avoir un goût)on va accompagner »,</p> <p>« (personnes à gros risque de fausse route mais ils ont envie de boire du liquide d'avoir un goût)donc souvent ça va être le coca, donc ça reste quand même la bulle »</p>
	Oliver	
Condiments proposés	Agnès	<p>« On va essayer du sel poivre »</p> <p>« on met toujours sur les plateaux (sel, poivre)»</p> <p>« on propose toujours (sel, poivre) »</p> <p>« si la personne a du mal à boire de l'eau, bah il y a des sirops à mettre »,</p> <p>« des sirops » « des goûts », « on va essayer de retrouver un peu des goûts qu'ils aiment bien »</p> <p>« (on va essayer de retrouver un peu des goûts) qui leur font plaisir. »</p> <p>«Hier par exemple c'était un Monsieur qui n'aime pas l'alimentation du CHU où il a et le midi il n'avait pas mangé, donc l'après-midi il a demandé un coca et le soir il avait trop envie de manger parce qu'il a retrouvé un goût sucré qui lui rappelait son enfance. « on a toujours moyen d'avoir des petits trucs en service », « du sucre », « du sel », « du poivre », « des épices. »</p> <p>« Mais ce n'est pas hyper développé encore quoi ». « On n'a pas de magasin d'épices »,</p> <p>« ça reste souvent standard quand même de ce que la cuisine du CHU</p>

Suggestions alimentaires			nous propose. » « on a des bières sans alcool à l'EHPAD »
		Oliver	
	Eléments indispensables pour une alimentation de qualité	Agnès	« Quand il y a tout » « Féculents, » « légumes, » « protéines. » « Quand ça va être adapté à la personne » « quand elle va manger, » « quand on voit que le plateau est vide » « ou des fois ils vont te faire bah c'était bon bah j'ai eu plaisir à manger. »
		Oliver	« l'ARS ou ce qu'ils disent c'est de prendre 5 fruits et légumes par jour. » « il faudrait qu'ils aient au moins 5 fruits en apport ». « Il faudrait qu'il y ait au moins une fois des protéines dans la journée. » « Il faudrait qu'il y ait du pain ou des féculents au moins aussi une fois par jour. » « De la boisson entre 1 L et 1 l et demi. » « Voilà, ça c'est les principes de base. » « Ce qu'il faut éviter, c'est trop de sucre », « (ce qu'il faut éviter) trop de graisse, » « (ce qu'il faut éviter) sucre graisse ouais ». « (ce qu'il faut éviter)L'excès de graisse » « Voilà et après il faut que dans la journée, il y ait au moins eu tout ça. »
	Compléments alimentaires	Agnès	« Et les compléments alimentaires aussi. » « (utilisation des compléments alimentaires) Énormément je dirais un patient sur 2, en a ». « Les boissons enrichies, » « les crèmes enrichies » « ou même des fois dans l'alimentation », « l'alimentation va être enrichie » « les laitages enrichi ». « Et énormément utilisé » « mais beaucoup beaucoup beaucoup (utilisation des compléments alimentaires) un patient sur 2. »
		Oliver	
	Alimentation plaisir	Agnès	« et je me souviens d'une notamment, on lui faisait des sandwiches, rillettes, cornichons avec du pain. Alors qu'elle ne mangeait plus et elle ne mangeait que ça. » « On va vraiment adapter. » « (on va vraiment adapter) Surtout pour le goût » « (on va vraiment adapter) et des fois, juste pour le plaisir de mâcher. »
		Oliver	« il faut que la personne se fasse plaisir. » « C'est qu'avec le plaisir qu'on arrive à avoir des choses. » « Si on n'a pas le plaisir et la participation du patient. Parce que si tu n'as pas ça en fin de compte on n'arrivera à rien, au contraire on va le braquer et au contraire il va refuser ». « Ça, ça serait une alimentation de qualité en respectant ses désirs et ce qu'il aime. » « Si on arrive à aller tout ça (désirs, plaisirs, recommandations bonne alimentation), bah on arrive à bien nourrir son patient et à lui apporter tout ce qui, tout ce dont il a besoin. »

Objectif : Lister et décrire les adaptations et collaborations des infirmiers pour dispenser des médicaments per-os aux personnes âgées.

Les formes et quantités	Ecraser les médicaments	Agnès	« écraser » « un protocole sur ce qu'on peut écraser ou pas », « des fois on est face à une impasse où la personne, même si on ne peut pas écraser le traitement, elle ne pourra pas le prendre. » « Écrasée » « (écrasée)après c'est mettre dans l'eau gélifiée » « (écrasée après c'est mettre) dans une compote »
		Oliver	« changer des fois la forme pour qu'elle puisse être soit en poudre,... » « y a des médicaments qu'on peut écraser » « (d'autre médicaments) on peut pas(écraser). » « parce que si le médicament on ne peut pas l'écraser on ne peut pas le donner puisqu'il ne sera pas efficace. » « le but c'est de voir avec le médecin si on peut pas trouver une autre forme » « (si le médicaments ne peut pas s'écraser voir avec le médecin) un autre médicament qui est à peu près équivalent qui pourrait être sous cette forme-là », « Souvent, en gériatrie, souvent en compote ou confiture, en fonction pour faire passer le traitement. » « Des traitements, par exemple les traitements sur les troubles cognitifs, souvent c'est des médicaments âcre, donc on utilise soit des jus,... », « donc on met le traitement dans un jus d'orange » « on met le traitement) dans une boisson qu'il préfère pour pouvoir atténuer le goût » « (mise du traitement dans une boisson)en même temps pouvoir le faire lui faire prendre ». « il faut aussi voir que quand tu mélanges un traitement, il faut essayer de le mélanger dans très peu de quantité » « (mélanger dans une très petite quantité) parce qu'en fin de compte on n'est pas sûr que le patient puisse le prendre dans la totalité » « t'essaies de mettre ton traitement et tu mets le minimum d'alimentation de support pour pouvoir être sûr que tu puisses lui donner tout son traitement »
	Changer la forme galénique	Agnès	« développe de plus en plus les buvables. » « On appelle ça les buvables du coup dans les services » « (buvables)on en a plusieurs et c'est hyper développer. » « le médecin va me dire bah on va mettre IV tout ce qu'on peut mettre IV et on va suspendre les traitements qui ne le sont pas, et tant pis. » « (cacher les traitements) Beaucoup », « (cacher les traitements) beaucoup », « (cacher les traitements) beaucoup » « (beaucoup cacher les traitements) parce que y en a qui sont dans le refus hein ». « (cacher les traitements) Avec les troubles » « (cacher les traitements) ça arrive plus souvent sur les troubles, « on évite de cacher quand la personne est consciente en fait ». « (cacher les traitements quand il n'y a pas de troubles cognitif) On ne va pas être enfin entre guillemets vicieux je trouve ça ». « les buvables en fait on va mettre les gouttes dans le jus d'orange » « (après avoir mis les gouttes dans le jus d'orange) Bah vous ne voulez pas un jus d'orange ? » « on va contourner le problème du traitement, de la prise sans dire. » « on adapte », « du coup on adapte énormément de choses » « (du coup on adapte énormément de choses) même pour les traitements » « Après c'est adapter les traitements ? » « c'est les buvable à la place des comprimés » « ça va être passer des traitements IV ou sous-cutanés » « forme galénique du traitement. On va vachement jouer là-dessus. »

		Oliver	
	Quantité des médicaments à prendre	Agnès	
		Oliver	« est ce qu'on ne pourrait pas diminuer et voir la quantité de médicaments ? » « on essaye souvent sur les personnes âgées de diminuer les traitements » « de donner les médicaments les plus efficaces. » « on s'est rendu compte que certains médicaments avaient des interactions » « il y avait des potentialisations ou des effets négatifs et des interactions qui étaient négatives quand tu prenais des traitements en même temps ». « il faut doser des médicaments qui sont nécessaires » « (doser les médicaments) à ceux qui sont que moindres) » « On peut essayer de voir si on peut diminuer là-dessus. »
Les modalités de prise	Collaboration	Agnès	« Moi, souvent, les médecins ils me disent bah on écrase au moins, il y aura toujours un peu la molécule. » « (avec qui collabore-tu pour distribuer les traitements ?) Les aides-soignantes » « Dans les textes de l'EHPAD c'est écrit que c'est l'aide-soignante qui distribue et donne ». « Nous on vérifie, c'est nous qui faisons les piluliers », « c'est l'aide-soignante qui donne ». « En USLD, c'est aussi écrit que c'est l'aide-soignante qui va distribuer » « on va être un des maillons en fait qui allons voir l'état de la personne. »
		Oliver	« on revient toujours au partenariat médecin » « (partenariat) paramédical médical ». « discuter avec l'équipe médicale » « voir avec les médecins si on ne peut pas trouver une solution quand on ne peut pas écraser de médicaments », « la coopération avec les aides-soignantes », « (la coopération avec) les agents hospitaliers, » « Oui on peut collaborer mais c'est toi qui est responsable de la prise des traitements donc tu lui donnes ». « Après c'est un échange. » « C'est à dire que si la personne tu sais que la personne mange pas toute seule, tu vas dire à ton aide-soignante, bah j'ai mis les traitements là tu me diras si il l'a pris ou pas » « tu lui (l'aide soignante) précises bien tu mets traitement un petit peu à distance de la personne » « l'aide-soignante ou l'agent hospitalier qui va donner le repas à ton patient identifie bien au moins le traitement » « et qu'elle (aide soignante ou agent hospitalier) pourra te relater. Il a pris ou pas et on pourra le valider ou pas. » « Oui. Oui, ça peut être une aide, bien au contraire, ça on s'en sert, c'est un support en plus. (collaboration avec les aidants) » « Quand on a des aidants, c'est quelques aidants sont capables », « donc il faut les identifier aussi (les aidants capables) » « il y a des aidants qui seront pas capables. » « il faut aussi leur (les aidants) expliquer sur le mélange parce que sinon ils vont prendre les médicaments », « (les aidants) ils vont tout te mettre dans le dans le repas » « ils (les aidants) vont si la personne n'a pas trop faim, elle va manger une partie de repas et ton traitement sera pas pris. » « (les aidants) lui expliquer. » « Donc c'est toute une exécution que tu dois faire. » « À l'aidant, lui expliquer en même temps ça permettra, ça lui donnera une information et tu vas avoir un facteur éducatif » « tu vas lui (les aidants) expliquer pourquoi tu donnes ces traitements » « et tu vas lui expliquer comme

			ça elle pourra prendre en charge sa maman à la maison ».
Négociation	Agnès		« souvent, c'est dans la négociation pour les données » « que je ne négocierais pas chez une personne jeune. » « des fois, c'est un refus ils ne veulent pas. » « ». Des fois quand ils ne prennent pas bah on va dire Bah tant pis on ne donne pas les traitements, on va prévenir le médecin quand même. »
	Oliver		« discuter avec le patient » « que le patient va être contre par rapport à bah il va croire qu'on va l'empoisonner et cetera ». « Donc ça c'est une des problématiques, mais ça rentre dans le cadre vraiment médical. » « bah il faut toujours expliquer les bienfaits de la thérapeutique ». « Ce que ça va lui apporter ». « trouver des solutions pour qu'il les prenne en fonction de la forme »
Problématique de la temporalité	Agnès		
	Oliver		« il y a des médicaments qu'on doit donner à jeun », « (des médicaments)il y a qu'on doit donner pendant repas » « Souvent on a du mal à respecter ça (la temporalité de la prise) » « Il y a un espace-temps où on doit donner les médicaments » « et des fois certains médicaments, bah on va pouvoir les donner de la manière la meilleure qu'ils soient par rapport à aux prescriptions et au Vidal » « parce que des fois il faut donner certains médicaments à distance », « mais en fin de compte on ne peut pas parce que le patient ne va pas pouvoir le prendre à ce moment-là » « On sait que le médicament sera un peu moins efficace »
Cas d'une personne capable de prendre ses traitements seul	Agnès		
	Oliver		« quand ils sont capables de les prendre, on laisse le traitement au patient » « après souvent toi tu ne débarrasses pas, donc ton aide soignante doit vérifier ou toi tu dois vérifier ». « Alors souvent moi j'aimais mieux donner quand les personnes étaient capables de prendre leur traitement », « je leur donnais au fur et à mesure et je vérifiais la prise de traitement directement. » « (en vérifiant au fur et à mesure la prise) Comme ça tu es sûr qu'ils l'ont prise » « (quand la personne était très autonome au niveau cognitif) Je laissais les traitements parce qu'il ne faut pas les annihiler non plus ». « Donc tu leur laisses et après tu demandes à ton aide-soignante ou tu repasses pour voir si le médicament aura été pris. »

Objectif : Recueillir et analyser le point de vue de l'IDE sur le lien entre les médicaments et l'alimentation.

Influence positif	Les médicaments	Agnès	« aider la personne à manger » « Je dirais plus, ça aide » « je n'ai jamais vu réellement d'influence négative »
	une aide pour faire manger	Oliver	
	Jouer sur le goût du médicament pour faire manger	Agnès	« le médicament, ça ne va pas être bon » « vraiment le goût » « ça va changer de goût » « je joue sur le repas » « la personne va manger parce qu'elle va vouloir faire passer le goût du médicament »
		Oliver	
	Jouer sur l'estomac vide	Agnès	« l'estomac » « ça reste dans l'estomac » « du coup faut manger pour que ça recouvre un peu les traitements » « éviter d'avoir l'estomac vide avec tous les traitements »
		Oliver	
Influence négative	Modification du goût du repas	Agnès	« Oui quand la personne va être en texture, moulignée ou même lisse, là je vais mettre dedans (les médicaments mis dans le repas). » « Après c'est vrai qu'on n'a jamais testé nous-même le goût » « je me dis je mets dans le plat parce que je mets une toute petite partie et il reste les 3/4 du plat à manger sans traitement ». « Mais moi je sais que dans le petit déjeuner c'est sacré pour les personnes âgées et que le jus d'orange ça l'est encore plus et le café aussi. » « Du coup, je mets toujours un verre à côté.(du petit déjeuner) » « Je vais leur laisser leur plaisir de manger leur petit déjeuner avec le goût » « mettre les traitements à côté.(du petit déjeuner) » « je vais rajouter quelque chose à un petit-déjeuner », « je mets dans le repas quand je sens que ça ne dérange pas la personne », « (je mets dans le repas de la personne quand ça ne la dérange pas)mais sinon j'évite. »
		Oliver	« Il ne faut pas. (mélanger le traitement à l'alimentation) » « il faut on peut le faire que quand on a un patient qui va être dans le refus de la prise de traitement. (mélanger le traitement à l'alimentation) » « on va essayer pour lui donner, d'identifier un produit qu'il aime bien déjà. ». « Quand on voit qu'il prend bah soit un jus, soit un truc, soit une compote ou celui-là bah on va essayer de privilégier ce traitement-là », « on va mettre dans (le traitement dans le repas) quand on sait qu'il va, il va être un peu réfractaire à la prise, là on peut le mélanger complètement. » « on essaye quand il est participatif de prendre une petite quantité » « mais quand il n'est pas participatif on essaie de trouver l'aliment qui va être le facteur favorisant pour voir la prise. » « Donc c'est à toi de savoir bah tiens j'ai réparé qu'il adore ça donc on va plutôt le mettre dans celui-là. »

Médicaments facteur du refus alimentaire	Agnès		
	Oliver	« (les médicaments) Ça peut être un facteur qui fait que le patient ne va pas pouvoir manger du tout » « (le patient ne va pas manger) parce c'est pas bon » « C'est ça qui est embêtant parce que le matin vous voulez on les réveille. Qu'est-ce qu'on leur donne en premier avant de prendre le petit déjeuner, pratiquement faut qu'ils prennent leur traitement. » « il y a des patient après ils refusent de manger » « donc d'où l'intérêt de connaître aussi »,	
Trouver des solutions à travers une démarche de soins	Agnès		
	Oliver	« Après trouver des solutions » « donc à toi de voir comment tu vas donner le traitement ». « Soit tu lui donnes un petit peu et il mange après un petit peu après ou soit il mange un petit peu, il prend son traitement entre les 2. » « S'adapte en fonction de chaque patient. » « C'est à toi de toujours trouver la solution ». « Donc toujours on est toujours sur le même, la problématique, regarder, observer, comprendre, voir ce qu'il fait. » « trouver des solutions », « savoir s'il y a une problématique ou pas », « trouver des solutions » « ensuite mettre des actions en marche ». « Et si ces actions marchent bien, bah tu restes alors ça si elle ne marche pas bah tu refais ». « c'est un peu aussi la démarche de soins. »	

VIII/ L'abstract

Titre : Quand « l'alimentation plaisir » rime avec bien vieillir.

L'alimentation est une activité quotidienne pour tous qui revêt la contrainte de la prise de thérapeutiques pour les personnes âgées hospitalisées. Ainsi, je me suis posé la question suivante : dans quelle mesure l'IDE peut-elle adapter la prise des médicaments per os d'une personne âgée institutionnalisée tout en préservant la qualité de la prise alimentaire ? Pour y répondre, j'ai complété mes recherches théoriques par des entretiens ouverts auprès de deux IDE. J'ai ainsi appris que la préoccupation principale des soignants était la prise des médicaments dans leur totalité. En ce qui concerne le rapport avec l'alimentation, la sensibilité de chacun entraîne des pratiques différentes. Les praticiens ont mis en avant l'aspect chronophage de l'aide à l'alimentation. Ils ont insisté sur l'importance de mettre les personnes âgées dans des conditions optimales pour la prise d'un repas. Certains médicaments étant toxiques lorsqu'ils sont écrasés, les IDE ont mis en lumière les limites de leur liberté d'action. Quant au mélange des médicaments avec un aliment, les approches des infirmiers sont différentes. Tout en gardant à l'esprit la nécessité de prendre les thérapeutiques dans leur globalité, ils sont vigilants face au risque de refus alimentaire des patients qui peut mener à la dénutrition.

En anglais:

Title: When 'food for pleasure' rhymes with ageing well

Eating is a daily activity for everyone, and it involves the constraint of taking medications for hospitalized elderly people. I asked myself the following question: to what extent can qualified nurses adapt the oral medication intake of institutionalized elderly people while preserving the quality of food intake? To answer this, I supplemented my theoretical research with open interviews with two nurses. I learned that the main concern of caregivers was that the full amount of medication be taken. Regarding the relationship with food, each individual's sensitivity leads to different practices. Caregivers highlighted the time-consuming aspect of feeding assistance. They stressed on the importance of putting elderly people in optimal conditions for eating a meal. Because some drugs are toxic when crushed, the nurses highlighted the limits of their freedom of action. As for mixing medications with food, nurses take different approaches. While keeping in mind the need to administer the full treatment, they are vigilant regarding the risk of patients refusing food which can lead to malnutrition.

