



AgEcon SEARCH
RESEARCH IN AGRICULTURAL & APPLIED ECONOMICS

The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search

<http://ageconsearch.umn.edu>

aesearch@umn.edu

*Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.*

Vieillesse et alimentation : les effets de la prise en charge à domicile

La prise en charge (familiale ou professionnelle) au domicile de personnes âgées atteintes d'incapacités modifie l'alimentation de leur ménage, mais ces modifications varient selon le statut de l'intervenant. L'intervention d'une aide à domicile conduit à des transformations par intégration des normes nutritionnelles et diététiques, mais ces transformations diffèrent selon les interactions entre l'aide à domicile (selon son âge et son niveau de formation) et la personne âgée et ne sont pas nécessairement efficaces. A contrario, dans la prise en charge familiale, le ménage tente de maintenir son régime alimentaire mais on observe des transformations qui dépendent de la réorganisation des activités alimentaires. Elles varient selon le statut et le sexe de l'aidant (conjoint-e ; fils/fille) et le sexe et les types d'incapacités (physiques ou psychiques) de la personne âgée. La politique préventive à destination des personnes âgées menée dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) et basée sur le maintien de la diversité alimentaire devrait prendre en compte les effets de ces interactions sociales.

Les transformations de la vie quotidienne des personnes âgées se combinent aux effets individuels biologiques et physiologiques de l'avancée en âge (problème de mastication, perte d'appétit, évolution des goûts, etc.) et ont un impact sur leur alimentation. Ces modifications sont telles qu'elles peuvent conduire à un état de dénutrition qui se caractérise par des carences nutritionnelles importantes, un affaiblissement physique et psychique, aggravant l'état de santé et accélérant le vieillissement. C'est pour cette raison que l'alimentation des personnes âgées est l'objet d'une politique publique préventive dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS) (encadré 1) : l'objectif est de lutter contre la dénutrition des personnes âgées en s'appuyant notamment sur les personnes intervenant auprès d'elles.

On étudie ici les effets de l'intervention d'un tiers (conjoint, enfant ou professionnel sanitaire et social) auprès de personnes âgées sur l'*approvisionnement* et le *régime alimentaire* de leur ménage, en se focalisant sur celles qui sont atteintes d'incapacités physiques ou psychiques (encadré 2). Par *incapacité* on entend une réduction totale ou partielle de la capacité à accomplir une activité physique (se déplacer pour aller faire ses courses, préparer à manger, etc.) ou psychique (parler, raisonner) liées à des déficiences (maladies

physiques telles que arthrose, polyarthrite, hernie discale, paralysie partielle, etc. ou psychiques telle que la maladie d'Alzheimer) et conduisant à la mise en place de stratégies d'adaptation (Ennuyer, 2002).

Une approche qualitative du rôle des interactions sociales dans l'alimentation

L'intervention auprès des personnes âgées ne va pas de soi et pose le problème de la nature de la relation entre la personne âgée et la personne qui la prend en charge (notamment selon son statut). On sait, par exemple, que le fait de déléguer les courses alimentaires à un tiers conduit à la diminution du panier alimentaire (Gojard, Lhuissier, 2003), mais cette diminution dépend du statut domestique de l'intervenant (cohabitant ou non cohabitant) (Cardon, Gojard, 2008).

Encadré 1 - Le Programme national nutrition santé (PNNS)

Lancé le 31 janvier 2001, le PNNS a pour objectif principal l'éducation en matière alimentaire de la population française. Il accorde aujourd'hui une place importante aux personnes âgées, population jugée "population à risque" en raison des évolutions de leur santé liées à l'avancée en âge et à l'apparition de problèmes physiologiques et biologiques. L'un des objectifs nutritionnels du PNNS concerne la prévention, le dépistage et la limitation de la dénutrition chez les personnes âgées.

L'étude qualitative développée ici (encadré 2) permet d'aller plus loin. Elle permet tout d'abord d'interroger le type de relation sociale entre la personne âgée atteinte d'incapacités et la personne (aide à domicile, enfant ou conjoint) qui intervient auprès d'elle.

L'hypothèse développée est que les transformations de l'alimentation dépendent du type d'interaction sociale entre l'intervenant et la personne âgée. Ces interactions sociales varient selon le statut de l'intervenant (conjoint-e, fils/fille, aide à domicile), le sexe, le type d'incapacités (physiques ou psychiques) et le milieu socioprofessionnel de la personne âgée.

L'étude qualitative permet en outre d'étudier tout à la fois l'approvisionnement alimentaire mais également la préparation et le contenu des repas. Les transformations observées consistent ainsi en l'intégration ou au rejet d'aliments, de façons de cuisiner et de séquences des repas, conduisant à diversifier ou au contraire à simplifier les repas. Sont en jeu les évolutions des habitudes culinaires de générations caractérisées par la surconsommation de produits frais, la faible consommation de produits transformés et une préparation culinaire importante.

Transformer le régime alimentaire des personnes âgées par l'intervention des aides à domicile ?

En 2006, 93% des personnes bénéficiant d'une intervention à domicile ont recours à une aide à domicile, qui intervient seule (25%) ou en complément d'un membre de l'entourage familial (68%). Dans 35% des cas, l'aide concerne les courses alimentaires et, dans 40% des cas, la préparation des repas (Petite, Weber, 2006). On se demande ici dans quelle mesure la délégation de ces activités alimentaires à des aides à domicile modifie ou non le régime alimentaire du ménage des personnes âgées. Cette question est cruciale, le PNNS ayant désigné les professionnelles intervenant au domicile des personnes âgées comme "relais" des politiques publiques de prévention alimentaire : elles doivent garantir la diversité alimentaire ("manger de tout en petite quantité") et la diversité des repas ("maintenir la régularité des repas"). Pour cela, on leur demande d'assurer un *rôle de diagnostic* (repérer les habitudes et les préférences alimentaires, surveiller l'approvisionnement alimentaire, le contenu des repas) et un *rôle de prévention* (valoriser et faire appliquer une alimentation "équilibrée" et "saine"). *Idéalement l'intervention des aides à domicile a pour fonction de mettre en conformité le régime alimentaire des personnes âgées avec les recommandations du PNNS.*

Pour autant, les aides à domicile intègrent différemment les attentes de ce programme de prévention autour de l'alimentation. Cela dépend de la génération et du niveau de formation des aides à domicile. Les plus âgées d'entre elles (qui sont en outre généralement moins diplômées) s'investissent dans le contenu des courses, voire des repas et assument les rôles attendus de diagnostic et de prévention : elles proposent de nouveaux produits (par exemple, nouveaux légumes), surveillent le contenu des repas et suggèrent des modifications dans les menus, en cherchant à respecter les recommandations du PNNS. *A contrario*, les plus jeunes aides à domicile (également plus diplômées) s'investissent peu dans le contenu des courses, voire dans la préparation des repas et préfèrent faire ce qui est demandé par la personne âgée. Elles se limitent, par exemple, à "préparer" les aliments pour la personne âgée (éplucher les légumes, couper la viande, etc.), voire à préparer elles-mêmes les repas lorsque la personne âgée est dans l'incapacité physique de

le faire. Mais elles ne prennent aucune initiative, considérant ne pas avoir les compétences culinaires suffisantes pour répondre à la demande du Service d'aide à domicile qui l'emploie ou de la personne âgée. Elles prennent du reste de la distance avec les recommandations institutionnelles et assument en priorité un rôle de surveillance. Certaines sont du reste très critiques à l'égard des prescriptions qu'elles considèrent comme "excessives", voire "abusives", et inadaptées à l'expérience d'une personne jugée en fin de vie.

La prise en charge des activités alimentaires par les aides à domicile est par ailleurs tributaire de la gestion de leur *temps d'intervention* entre *temps professionnel* et *temps familial* : elles ont en effet également en charge les activités alimentaires de leur propre foyer. Elles expriment souvent la difficulté à imaginer simultanément des menus pour les personnes âgées et pour leur famille. Dans cette gestion du temps, elle doivent par ailleurs intégrer une contrainte spatiale, liée à la distance entre le domicile de la personne âgée et les commerces. Le temps des courses influe ainsi sur le temps de préparation et sur le contenu des repas, l'aide à domicile pouvant limiter le temps de préparation. Ainsi, l'aide à domicile de Mme Gentrix (cette dernière habitant en centre ville) assure, en une heure, courses et préparation de plats cuisinés variés, tout au long de la semaine. A l'opposé, cette même aide à domicile prend sa voiture pour aller faire les courses de Mme Vendroux qui habite dans une zone périphérique éloignée des commerces. Il lui reste peu de temps pour la préparation des repas, qui seront moins élaborés et moins variés. Elle en prépare pour plusieurs jours et a recours aux plats préparés. On retrouve ici les effets de la position sociale, les personnes âgées issues de milieux plus aisés vivant plus fréquemment en centre ville proche des commerces.

L'étude des interactions entre l'aide à domicile et la personne âgée permet de dégager trois types de délégation des activités alimentaires dont les effets varient selon les attentes de la personne âgée (indépendamment de la situation du ménage : couple ou personne seule).

- Dans les situations de *subordination* ("faire pour"), la parole de la personne âgée fait autorité, l'aide à domicile exécutant les demandes de cette dernière. La personne âgée refuse de prendre en compte les recommandations des aides à domicile. Par exemple, bien que l'aide à domicile préconise de diminuer la consommation de charcuterie (aliment jugé trop "gras") ou de remplacer le saumon (jugé trop gras également) par du thon, la personne âgée refuse d'intégrer ces

Encadré 2 - L'enquête

La méthodologie repose sur une enquête qualitative réalisée entre 2005 et 2006 auprès d'une cinquantaine de ménages de milieu rural ou urbain et dont les membres, âgés entre 70 et 85 ans et de différentes professions, vivent seuls ou en couple. Ils ont été rencontrés *via* des services d'aide à domicile et bénéficient pour la majorité d'entre eux de l'Allocation personnalisée d'autonomie. L'enquête est basée sur des entretiens semi-directifs et une enquête d'observation (observation des espaces domestiques - stockage, lieu de préparation alimentaire - et des quartiers - commerces, marché). On analyse également la *liste des repas* : chaque ménage rédige pendant une quinzaine de jours le contenu des repas quotidiens, un entretien étant ensuite réalisé sur la base de cette liste afin de rendre compte des *modalités et lieux d'approvisionnement et des façons de cuisiner* et du *contenu des repas* (on parle de *régime alimentaire*, au sens de *diet* en anglais). Par ailleurs, des entretiens ont été réalisés avec des aides à domicile (soit au domicile de la personne âgée, soit au sein de l'association employeur, soit à leur propre domicile).

propositions dans son régime alimentaire. Les compétences de l'aide à domicile sont jugées uniquement par rapport à sa capacité à répondre aux attentes de la personne âgée qui valorise ses propres compétences culinaires. Cela implique peu de transformations dans les produits consommés et les façons de cuisiner. Ce type d'interaction sociale est plus marqué lorsque la personne âgée est une femme des classes moyennes et supérieures.

• *A contrario*, dans les situations de *complémentarité* ("faire avec"), la relation se construit sur le registre de l'échange de compétences, favorisant l'intégration de nouveaux aliments et de nouvelles façons de cuisiner. Ici, les personnes âgées sont davantage préoccupées par leur alimentation et attentives aux prescriptions alimentaires de l'aide à domicile lorsque cette dernière est très investie. S'opèrent alors des transformations qui portent tant sur les produits consommés que sur les façons de cuisiner : par exemple, réduire la charcuterie au profit de la viande blanche ; apprentissage de nouvelles façons de cuisiner (supprimer la cuisine au beurre au profit de la cuisine à la vapeur). La relation de complémentarité s'observe davantage dans les situations de proximité sociale entre aide à domicile et personne âgée, c'est-à-dire en milieu populaire.

• Enfin, certaines personnes âgées se désintéressent de leur alimentation et intègrent celle que prescrit l'aide à domicile. Elles ne se préoccupent pas du contenu de leurs repas. Ici, plus que la profession, ce sont le genre (situation caractéristique des hommes seuls) ou l'expérience de la convalescence qui jouent. Dans ces situations de *substitution* ("faire à la place de"), l'aide à domicile prend en charge les activités alimentaires, mais le maintien ou la disparition des habitudes alimentaires est fonction du type d'investissement de l'aide à domicile. C'est le cas de Mme Renaud qui, suite à une convalescence, a perdu l'appétit et ne faisait plus à manger. L'intervention de son aide à domicile, très impliquée, conduit à lui redonner de l'appétit et à transformer ses pratiques alimentaires.

"Maintenir son régime alimentaire" à l'épreuve des réorganisations familiales : les effets du genre sur l'alimentation dans la prise en charge familiale

Le relais des politiques publiques préventives en matière d'alimentation est moins évident lorsque la prise en charge est familiale. En effet, dans ces situations, *la personne âgée (seule ou en couple) cherche idéalement à maintenir le régime alimentaire du groupe domestique*. Pour autant, on observe des transformations alimentaires liées non pas à l'application de recommandations nutritionnelles et diététiques mais aux types de réorganisation familiale des activités alimentaires liées à la prise en charge des incapacités.

Ainsi, dans les situations de couple où un des conjoints atteint d'incapacités est pris en charge par son/sa conjoint-e, les transformations de l'alimentation sont liées à la gestion du temps au quotidien, entre *temps consacré au conjoint atteint d'incapacités* (toilette, habillage), *temps consacré au couple* (alimentation) et *temps pour soi* (activités, loisirs). Elles dépendent aussi des possibles évolutions des goûts, des recommandations médicales, voire des problèmes physiologiques liés à la maladie (mastication). Mais elles varient surtout selon *le statut et le sexe de l'aidant* (conjoint-e ; fille/fils), *le sexe et le type d'incapacités* (physiques, psychiques) *du conjoint malade* et *le milieu socioprofessionnel du ménage*. Sont en jeu les compétences culinaires des un(e)s et des autres.

Lorsque le mari est atteint d'incapacités physiques ou psychiques, *l'épouse continue à préparer les repas et cherche à maintenir le régime alimentaire du couple et la diversité alimentaire* (indépendamment de la profession). On observe cependant des évolutions dans les modes d'approvisionnement, les façons de cuisiner et les produits et plats consommés. Certaines femmes délèguent les courses (mais toutes s'occupent de la préparation des repas), d'autres s'occupant de toutes les tâches. Certaines préparent des plats différents pour elle et leur mari, d'autres adaptent leur alimentation à celle de leur mari. Quelle que soit la situation, elles mobilisent tout un ensemble de compétences culinaires pour accommoder des menus variés. Ainsi, Mme Leroi, âgée de 76 ans et dont le mari est atteint de la maladie d'Alzheimer, délègue ses courses à une superette. Elle continue à cuisiner une variété de plats (daube aux légumes, bœuf au vin, filet de bœuf brioché, filet mignon de veau, poisson en sauce), mais elle a changé ses façons de cuisiner : les produits frais sont remplacés par des produits surgelés (légumes, frites, poisson, etc.), des produits de 4^{ème} catégorie sous vide (pommes de terre, betteraves, lard, fromage, pâte à tarte, etc.) et des produits en tube (sauces, mayonnaise, etc.) lui permettant de cuisiner plus vite (tout en conservant le régime alimentaire de son couple) et de libérer du temps pour elle.

A contrario, si c'est l'épouse qui est atteinte d'*incapacités psychiques*, les transformations alimentaires sont liées à la manière dont le mari la remplace : pour ces générations, les hommes n'ont pas ou peu de compétences culinaires. Les façons de cuisiner sont alors davantage simplifiées, les plats moins variés et le recours à des plats préparés devient plus fréquent. *La diversité alimentaire est moindre*. C'est le cas de Mr Lecorre dont l'épouse souffre de la maladie d'Alzheimer. Aux plats "*cuisinés*" par son épouse (tomates farcies, calamars à l'armoricaine, riz au lait, bœuf bourguignon, etc.), il substitue des plats simplifiés (steak cuit au beurre accompagné de pommes de terre et d'une sauce "*préfabriquée*", par exemple). Il a souvent recours à des produits surgelés et des plats préparés. Il a par ailleurs élaboré un menu type pour la semaine qu'il répète de semaine en semaine.

En revanche, lorsque la conjointe souffre d'*incapacités physiques*, elle conserve le contrôle sur le contenu des repas, mais le maintien ou non du régime alimentaire du couple dépend de la disposition du mari à exécuter "sous contrôle" les tâches antérieurement effectuées par son épouse. Parfois, le mari fait les courses et effectue tout ou partie des activités de préparation des plats. Il reproduit généralement les façons de cuisiner de son épouse (qui, par exemple, lui dicte les opérations), les habitudes alimentaires du ménage se maintenant. Dans d'autres situations, la participation du mari se restreint aux tâches d'approvisionnement, la préparation des repas étant assurée avec difficultés par l'épouse : elle modifie alors ses façons de cuisiner et simplifie les plats, voire supprime une séquence (entrée ou dessert). Par exemple, Mme Sildrat souffre de surpoids limitant ses déplacements. Son mari, pêcheur retraité fortement investi dans une association, s'occupe uniquement des courses. C'est elle qui prépare les repas mais elle réduit les opérations de préparation nécessitant beaucoup d'ustensiles de cuisine. Elle a préféré abandonner les plats élaborés au profit de plats simplifiés (poisson à l'eau et pommes de terre à la place du poisson à la sauce armoricaine maison) et a supprimé les entrées. L'implication du mari est généralement plus fréquente dans les milieux du salariat que dans les milieux où la répartition sexuée des tâches est importante (artisanat, commerce, agriculture) (Zarca, 1990).

Quand le mari ne participe à aucune tâche, l'approvisionnement est souvent délégué à un enfant dont le type d'implication varie selon le sexe. En effet, les fils assurent généralement un rôle d'exécutant et ne s'immiscent pas dans l'alimentation de leurs parents. Ils se limitent d'ailleurs généralement aux courses (Petite, Weber, 2006). A l'inverse, les filles, outre la réalisation des courses, s'impliquent davantage dans le contenu des repas de leurs parents, en faisant des propositions, voire en remettant en cause leurs habitudes alimentaires. Cela conduit à des conflits entre mère et fille autour des compétences culinaires et des savoirs notamment diététiques. On retrouve là un effet de génération, les filles étant plus sensibles aux questions diététiques que leurs mères. Leur implication modifie les façons de cuisiner (remplacer le beurre par l'huile d'olive), voire le contenu des repas (supprimer des desserts jugés trop "sucrés"). Ces effets croisés du genre et de la génération sont plus marqués dans les milieux populaires (le recours aux membres de la famille y étant sociologiquement plus fréquent que dans les autres catégories) et s'accroissent quand la fille connaît une mobilité sociale ascendante au regard de ses parents. On retrouve ce type d'asymétrie fils/fille dans les situations de femmes veuves déléguant les courses à un enfant.

En conclusion

La prise en charge à domicile (familiale ou professionnelle) de personnes âgées atteintes d'incapacités transforme donc l'alimentation de leur ménage. Ces transformations consistent en une intégration ou un rejet d'aliments, de façons de cuisiner et de séquences de repas, conduisant soit à diversifier, soit à simplifier les repas. Elles varient selon la réorganisation des activités alimentaires qui diffère selon le type d'intervenants et selon la profession, le sexe et le type d'incapacités (physiques ou psychiques) des membres du ménage.

La politique préventive à destination des personnes âgées menée dans le cadre du Programme national nutrition santé et basée sur le maintien de la diversité alimentaire doit prendre en compte les effets de ces interactions sociales : la question de la dénutrition chez les personnes âgées ne relève pas uniquement d'une problématique alimentaire et nutritionnelle mais elle concerne plus globalement les conditions sociales de l'appropriation des politiques préventives, qui dépendent notamment des relations entre les personnes âgées et les personnes qui interviennent auprès d'elles et qui sont en charge de les mettre en application.

Cardon Philippe, INRA, UR1303 Alimentation en sciences sociales ALISS, F-94205 Ivry-sur-Seine
cardon@ivry.inra.fr

Pour en savoir plus

Cardon, Ph. (2007). Vieillesse et délégation alimentaire aux aides à domicile : entre subordination, complémentarité et substitution. *Cahiers d'Economie et de Sociologie Rurales*, n°82-83, pp 139-166. -

<http://www.inra.fr/internet/Departements/ESR/publications/cahiers/pdf/cardon.pdf>

Cardon, Ph. ; Gojard, S. (2008). *Les personnes âgées face à la dépendance culinaire : entre délégation et remplacement.* Aliss Working paper, 2008-04, 24 p.

Ennuyer, B. (2002). *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social.* Paris, Dunod, Coll. Action sociale, 330 p.

Gojard, S. ; Lhuissier, A. (2003). Monotonie ou diversité de l'alimentation : l'effet du vieillissement. *INRA Sciences Sociales*, n° 5/02, 4 p. - <http://www.inra.fr/internet/Departements/ESR/publications/iss/pdf/iss02-5.pdf>

Petite, S. ; Weber A. (2006). Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées. *Etudes et résultats*, n° 459, 12 p. - <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er459/er459.pdf>

Zarca, B. (1990). La division du travail domestique, poids du passé et tensions au sein du couple. *Economie et statistique*, n° 228, pp 29-40.