

LA SANTÉ PUBLIQUE  
EN ACTION(S)

**AMÉLIORER**  
et **PROMOUVOIR**  
le plaisir alimentaire  
chez les personnes handicapées



PRESSES  
DE L'EHESP

# AMÉLIORER et PROMOUVOIR le plaisir alimentaire chez les personnes handicapées

## DÉFINITIONS

**Plaisir alimentaire :** état de bien-être passager provoqué par l'anticipation de la consommation ou par la consommation elle-même d'un aliment. Il est à la fois le moteur et le régulateur de la prise alimentaire, celle-ci devant s'arrêter par la satisfaction du plaisir. Le plaisir alimentaire est multidimensionnel : il peut être d'origine sensorielle, sociale, temporelle, ou généré par l'exercice de la liberté.

**Handicap :** au sens de la loi de 2002, constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Une démarche inclusive vise à reconnaître les personnes handicapées comme des membres à part entière de la société, alors même que leur handicap est aussi susceptible de les en éloigner.

## PROBLÉMATIQUE/ENJEUX

L'alimentation est un besoin essentiel. Or, s'agissant des personnes handicapées, et quel que soit le type de handicap, elle a tendance à être envisagée sous un angle purement technique et médical. Au sens de l'OMS, la santé est pourtant un état de bien-être physique, mental et social. L'alimentation est ainsi susceptible de favoriser la santé des personnes handicapées, à condition d'intégrer une dimension de plaisir.

La situation de handicap, comme limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, contribue par ailleurs à limiter ce plaisir alimentaire. À ce jour, le cadre réglementaire et les démarches qualité telles que la méthode HACCP (*Hazard Analysis Critical Control Point*), utilisée pour prévenir et restreindre les risques alimentaires en matière de restauration, ne permettent pas, à eux seuls, de lever toutes ces limitations contrairement au principe d'une démarche inclusive.

Sur la base d'entretiens avec des personnes handicapées, leurs aidants, ainsi que des soignants et des professionnels issus des secteurs sanitaire, médico-social et culinaire, un recensement des bonnes pratiques observées sur le terrain a permis d'établir 5 fiches-actions :

1. la personne handicapée doit pouvoir choisir ses menus selon ses habitudes de vie ;
2. elle doit participer aux courses et à la préparation des repas ;
3. ceux qui l'entourent doivent faire attention à son installation à table et à son confort ;
4. le moment du repas doit permettre le partage et promouvoir la socialisation ;
5. le plaisir de manger et celui du goût peuvent également se retrouver par les jeux, particulièrement chez les enfants.

Ces fiches portent sur les étapes clés du repas, de sa préparation – lors des courses ou de jeux – à sa dégustation, et établissent des recommandations selon trois échelles sociologiques. Ces préconisations permettent de guider de manière pratique les professionnels et les familles des personnes handicapées souhaitant intégrer le plaisir alimentaire dans leur démarche d'accompagnement.

## EN PRATIQUE

Quatre dimensions au plaisir alimentaire ont été identifiées : le plaisir par l'activation des sens, par le partage, par anticipation et par souvenir, et comme exercice de la liberté. Ces dimensions peuvent être entravées par des handicaps sensoriels par exemple, comme le fait ne pas pouvoir voir, sentir les aliments, avoir des troubles de la déglutition, car ils empêchent la bonne perception des goûts et des saveurs. Il peut s'agir, pour certains, de difficultés à communiquer ou des difficultés d'accessibilité qui peuvent entraver le côté convivial au repas.

La législation, avec les lois de 2002 et 2005, a pour objectif de rendre la société plus inclusive et prévoit l'accessibilité de tous aux lieux publics. Cependant, cette accessibilité ne se fait pas qu'en termes de mobilité. Elle doit également prendre en compte les différentes sortes de handicaps.

L'analyse d'entretiens semi-directifs réalisés dans des structures hospitalières et médico-sociales, auprès de personnes en situation de handicaps moteur et/ou psychique et leur entourage (aidants et professionnels de santé intervenant dans leur prise en soins) mettent en exergue l'importance accordée à la prise de repas en extérieur, au restaurant ou chez des amis, et le rôle social de ces sorties.

Les enseignements de cette étude de terrain mettent en évidence des bonnes pratiques instaurées, notamment, par les professionnels de la restauration collective qui ne se contentent plus de répondre aux seules exigences de qualité nutritionnelle de leurs préparations, mais recherchent aussi le plaisir alimentaire des convives. De même, certains chefs cuisiniers ouvrent leur savoir-faire gastronomique aux personnes handicapées en éditant des livres de recettes mixées, œuvrant ainsi à renouer alimentation adaptée et plaisir alimentaire.

## RECOMMANDATIONS

Nos recommandations ont été déclinées selon trois échelles (micro-individuelle, micro-sociale et macro-sociale), accompagnées d'un exemple de terrain.

**Proposition n° 1 :** (*Échelle micro-individuelle*) Encourager les personnes en situation de handicap à **participer aux étapes anticipant et favorisant le plaisir de la table** (penser les menus, faire les courses, préparer le repas puis le déguster).

Pour accompagner cette démarche, nous proposons **l'organisation d'une journée thématique « commerçants et accessibilité »**, en partenariat avec les associations et la municipalité concernées. Il s'agira de prendre en compte les habitudes de vie des personnes handicapées.

**Proposition n° 2 :** (*Échelle micro-sociale*) **Sensibiliser les acteurs à la thématique du plaisir à table** pour favoriser le décloisonnement entre les intervenants (équipes de soins et de restauration, familles...).

Pour encourager ce processus, nous proposons de mettre à l'honneur les préparations des chefs cuisiniers émérites en établissements médico-sociaux dans les médias professionnels par une **journée « partage d'expériences »**.

**L'alimentation doit également être incluse dans le projet de vie**, en parallèle du projet de soins, afin de proposer un choix alimentaire prenant en compte les goûts et plaisirs de la personne, et pas seulement les choix par négation (aversion ou interdits alimentaires).

**Proposition n° 3 :** (*Échelle macro-sociale*) **L'alimentation des personnes handicapées doit être envisagée autrement** qu'à travers le prisme des compléments alimentaires, des plats mixés et des aliments-médicaments.

L'organisation de **concours de recettes à texture modifiée à déguster avec le grand public** – sur le modèle du Programme *Silver fourchette* [concours national de sensibilisation à l'alimentation des seniors réunissant des brigades d'EHPAD de différents départements] –, permettrait de démocratiser et promouvoir l'alimentation adaptée. Les cuisiniers savent aujourd'hui préparer des plats classiques en texture modifiée et des préparations faciles au « manger mains ».

De plus, le Plan national nutrition santé (PNNS) devrait comporter un volet réservé à l'alimentation des personnes handicapées car leur inclusion dans la vie standard en dépend également.

## 3 IDÉES CLÉS À RETENIR

- ① **Le champ de l'alimentation comprend la socialisation et l'inclusion des personnes handicapées dans la société. La prise en compte du plaisir alimentaire dans le projet de vie est un élément majeur de la prise en soins.**
- ② **Choisir son menu et/ou préparer soi-même son repas favorise l'autonomie des personnes en situation de handicap et le respect des habitudes de vie. L'étude de terrain démontre une amorce de la prise en compte du plaisir alimentaire par diverses initiatives à partir desquelles les fiches-action ont pu être créées.**
- ③ **L'inclusion des personnes handicapées dans la société requiert des actions à différentes échelles. L'importance accordée à leur plaisir autour de la table en fait partie : il inclut l'accessibilité, la diversité, le goût, le confort et le partage.**

## Pour aller plus loin

Desjeux D., *Les sciences sociales*, PUF, 2004.

Dumont J.-N., *Le plaisir, expérience cruciale*, Colloque IFN du 12 décembre 2006.

Lecerf J.-M., Gabbai P., Crunelle D. et al., « Restauration, diététique, comportements alimentaires : spécificités des publics accueillis dans les ESSMS », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 452-453, 2014, p. 3-191.

Réseau-Lucioles, *Mix et délices, recettes mixées gastronomiques*, 2015.

Réseau-Lucioles, *Troubles de l'alimentation et handicap mental sévère*, 2014.

## ➔ Module interprofessionnel de santé publique (MIP) 2018

**L'alimentation : le repas ou comment concilier le plaisir, les habitudes de vie et la santé des personnes handicapées**, dirigé par William Sherlaw, Marie Cuenot et Fabrice Clochard.

### Les auteurs

Marie CASTRO (D3S), Marie DEHEEGHER (DS), Clara-Inès ELFADL-MOHR (D3S), Robin GONALONS (DH), Marine LE BRIS (DH), Sylvia LOEZ (IES), Anne-Laure MICHON (DH), Caroline MOALIC (DS), Simon SADRIN (AAH), Juliette WASTIAUX (D3S).

Note de synthèse sélectionnée par un jury composé de l'éditeur, de la direction de recherche de l'EHESP, de Jean-Marie André, Olivier Blanchard, Lydia Lacour et Emmanuelle Leray.