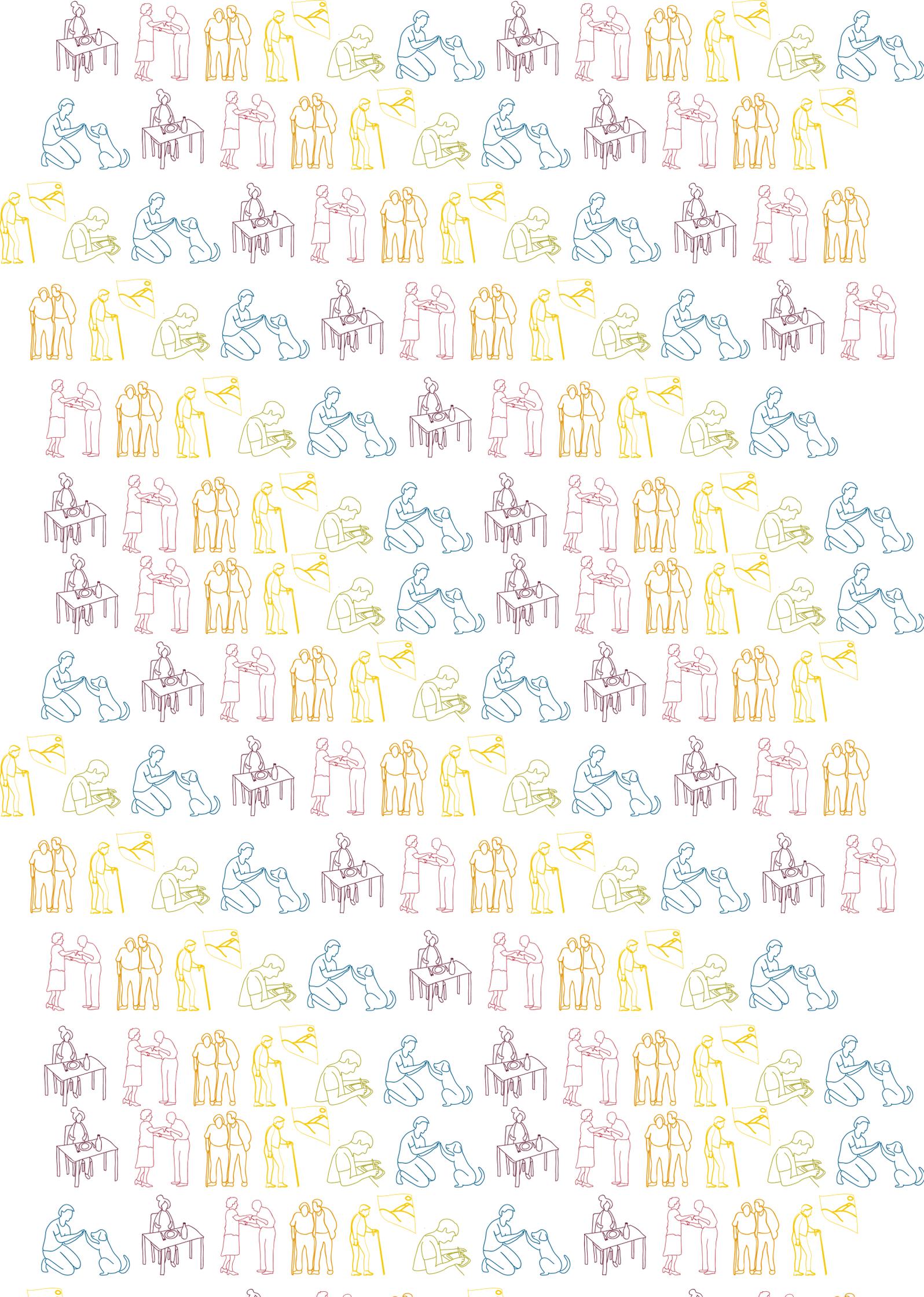


REVUE DE LITTÉRATURE

CHAPITRE N°.5

ALIMENTATION
ET NUTRITION





DOM ET LIEN

Le lab de vieux, chez eux, avec eux (et pas que)

AG2R LA MONDIALE et la Fondation i2ml créent « DOMETLIEN », un laboratoire d'usage national autour de la question du bien vieillir à domicile. Sa mission ? Référencer, analyser, évaluer différentes solutions et les déployer pour favoriser la puissance d'agir des vieux chez eux ! En les intégrant au coeur de la démarche, DOMETLIEN réunit également de nombreux acteurs (institutionnels, formateurs, économie sociale et solidaire, politiques publiques, start-up, établissements et services médico-sociaux, etc.) pour innover ensemble dans l'accompagnement humain pour bien vieillir chez soi !

Vieillir chez soi en toute autonomie passe aussi par une bonne alimentation !

Ce livret vous donne les clés pour prendre soin de vous à travers la manière de vous alimenter.





SOMMAIRE

08

PÉRIMÈTRE DE CETTE
REVUE DE LITTÉRATURE

09

QU'EST-CE QU'UNE
ALIMENTATION DE QUALITÉ
CHEZ LES SENIORS ?

22

DES LEVIERS POUR
LUTTER CONTRE LA
DÉNUTRITION,
AMÉLIORER L'APPÉTENCE
ET LE PLAISIR ASSOCIÉS
AUX REPAS DES SENIORS

26

REPÉRER LA DÉNUTRITION
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

29

LES SOLUTIONS DES
POUVOIRS PUBLICS

33

CONCLUSION –
PERSPECTIVES POUR
L'AVENIR

41

RÉFÉRENCES

INDEX DES FIGURES

15

FIGURE 1

Spirale de la dénutrition (d'après Ferry et al., 2012)

21

FIGURE 3

Facteurs déterminants dans l'alimentation des personnes âgées

29

FIGURE 5

Webinaires organisés dans le cadre de la première édition de la Semaine Nationale de la Dénutrition du 12 au 19 novembre 2020.

35

FIGURE 7

Théorie des équilibres quasi-stationnaires (Lewin, 1943, 1947)

39

FIGURE 9

Étiquette pour le décryptage des aliments ultra-transformés

40

FIGURE 11

Système SENS pour l'étiquetage alimentaire proposé par la Fédération du Commerce et de la Distribution

16

FIGURE 2

Facteurs de la dénutrition chez les personnes âgées (d'après Evans, 2005)

27-28

FIGURE 4

Profil alimentaire des personnes âgées (d'après Maître et al., 2021).

30

FIGURE 6

Exemples d'actions soutenues par AG2R LA MONDIALE et mises en avant lors de la Semaine Nationale de la Dénutrition du 12 au 10 novembre 2020

38

FIGURE 8

Nutri-score – notation des produits alimentaires sur la base des aliments à favoriser et ceux à limiter sur le plan nutritionnel

39

FIGURE 10

Étiquette alimentaire "Nutri-couleurs" développée par la Food Standards Agency (États-Unis)





INDEX DES TABLEAUX

09

TABLEAU 1

Recommandations nutritionnelles pour les personnes à partir de 55 ans (d'après PNNS, 2019-2023 et la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées du PNNS en 2021

PÉRIMÈTRE DE CETTE REVUE DE LITTÉRATURE

On s'intéresse ici aux conditions physiques et psychosociales contribuant à une alimentation de qualité chez les personnes âgées vivant à domicile, quel que soit leur niveau d'autonomie. Dans ce sens, sur la base d'une revue de la littérature scientifique sur le sujet, on s'attachera ici à identifier les facteurs, avérés ou potentiels, susceptibles de conditionner la qualité de l'alimentation des personnes âgées vivant à domicile, en vue de mieux définir leurs besoins pour favoriser une alimentation de qualité dans cette population. En somme, l'objectif est de comprendre les bases d'une alimentation équilibrée et de qualité chez les sujets âgés, en lien notamment avec les spécificités de leurs principaux besoins nutritionnels et du contexte psychosocial dans lequel ils se trouvent.



QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

On soulignera dans un premier temps que les personnes âgées vivant à domicile sont majoritairement en bonne santé (CNA, 2005). Cette dernière est une condition essentielle pour que les personnes âgées continuent à faire partie intégrante de la société (contre une entrée en institution). Ainsi, une bonne alimentation contribue à maintenir un corps sain et actif, ce qui en fait un fondement du « bien vieillir » (Cardon, 2015 ; Ng et al., 2009).

Une bonne alimentation peut se traduire par une alimentation adaptée, saine et en quantité suffisante. A cet effet, elle joue un rôle prépondérant pour prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies liées au vieillissement. En d'autres termes, un état nutritionnel satisfaisant de la population âgée est la première clé pour le maintien de l'état de santé et de l'autonomie à domicile (Casale-Martinez et al., 2012). A l'inverse, un état nutritionnel insatisfaisant représente un facteur de risque pour la santé. Cependant, la modification du goût et la diminution de l'odorat, imputables au vieillissement, peuvent conduire à une diminution de cet apport nutritionnel (Bert & Bodineau-Mobarak, 2010 ; Boulay & Lenoir, 2020).

Tableau 1 : Recommandations nutritionnelles pour les personnes à partir de 55 ans (d'après PNNS, 2019-2023 et la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées du PNNS en 2021)

Type d'aliment	Recommandations	Informations complémentaires
Fruits/légumes	Au moins 5 par jour	<ul style="list-style-type: none"> • 3 portions de légumes • 2 portions de fruits • Crus ou cuits • Frais, surgelés ou en conserve
Fruits à coque sans sel ajouté	1 poignée par jour	
Légumineuses	Au moins 2 fois par semaine	
Céréales et féculents	A chaque repas (selon l'appétit)	1 portion journalière de féculents complets
Lait et produits laitiers	2 à 3 par jour	
Viande, poisson, oeuf	1 portion journalière minimum	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier la volaille • Limiter les autres viandes à 500g par semaine • Poisson: 2 fois par semaine, dont un poisson gras • Charcuterie: ne pas dépasser 150g par semaine
Matières grasses ajoutées	Tous les jours en petites quantités	Privilégier l'huile de colza, de noix, et d'olive
Produits sucrés		Réduire les boissons sucrées, les aliments gras et sucrés
Boissons	1 à 1,5L d'eau par jour	Alcool: maximum 2 verres dans une journée et pas tous les jours
Mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Privilégier le fait maison • Réduire la consommation de sel • Limiter les produits de Nutrition-score D et E • Favoriser les produits de saison, locaux, et biologiques si possible • Au moins 30 minutes d'activité physique dynamique par jour, à intégrer sous toutes ses formes dans la vie quotidienne (marche, jardinage, exercices physiques, ménages...) • Limiter le temps passé en position assise 	

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Il peut cependant s'avérer difficile de consommer quotidiennement les quantités indiquées par le PNNS (Tableau 1) pour diverses raisons. En effet, le comportement et la pratique alimentaire évoluent en fonction du phénomène global de vieillissement et notamment de ses composantes sociales, physiques et subjectives.

COMPORTEMENTS ET PRATIQUES ALIMENTAIRES EN LIEN AVEC LE VIEILLISSEMENT

En vieillissant, l'appétit diminue. C'est physiologique : après un repas standard, les personnes âgées même en excellente santé ont tendance à avoir une satiété plus importante et à produire au niveau gastrique plus de facteurs anorexigènes (qui diminuent l'appétit). Quand l'appétit est diminué, les personnes âgées ont tendance à moins se diriger vers des aliments tels que la viande qui sont difficiles et longs à digérer.

De plus, il n'est pas rare chez les personnes âgées d'avoir une cavité buccale altérée. Des douleurs peuvent apparaître avec le temps. Des aphtes, une prothèse mal adaptée ou la perte de certaines dents peuvent tout à fait réduire la capacité à mastiquer correctement les aliments. Les inflammations du pharynx peuvent également compliquer la prise alimentaire. Or, la viande nécessite un effort de mastication important. On peut donc perdre l'envie d'en manger quand on sait que cela peut occasionner douleurs ou difficultés.

Enfin, de nouveaux goûts et dégoûts se manifestent. Ces changements traduisent l'évolution de la perception des propriétés gustatives ou nutritives des aliments. Avec le temps, certains produits auparavant appréciés peuvent sembler fades, sans intérêt voire même provoquer un certain dégoût. Les penchants alimentaires de l'individu vieillissant changent. Cette évolution atteste des transformations qui affectent le corps et le psychisme. En vieillissant, l'envie de manger de la viande diminue de façon importante. Avec le temps, les papilles gustatives vieillissent et ont tendance à s'atrophier naturellement (Bellisle, 1996). Autrement dit, elles fonctionnent moins bien : nos sensations gustatives ont tendance à être réduites. Les aliments les moins riches en goût sont donc moins appréciés car on ressent moins les saveurs en bouche. A cela s'ajoute la polymédication qui multiplie les effets indésirables. Cela peut donc être le cas de la viande qui peut être perçue comme moins goûteuse ou qui laisse un goût métallique dans la bouche.

Mais la diminution de la consommation de viande est surtout liée au fait qu'elle est considérée comme un aliment cher, pas toujours facile à préparer et surtout à mastiquer chez les plus âgés. Chez les classes les plus éduquées et aisées, cette baisse de la consommation de viande pourra être compensée par la consommation de poisson, mais la question de « comment le cuisiner » est souvent posée. Les œufs rencontrent moins de freins à leur consommation. Ils sont jugés peu chers, leur conservation est longue et ne nécessite pas de réfrigération. De plus, l'œuf peut se cuisiner de nombreuses manières. Les personnes âgées n'ont donc pas l'impression d'être confrontées à une alimentation redondante. En outre, ils sont faciles à cuisiner.

Pour toutes ces raisons, les personnes âgées peuvent avoir une mauvaise alimentation et donc s'exposer au risque de dénutrition.

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

En effet, contrairement aux lipides et aux glucides, les protéines ne sont pas mises en réserve dans l'organisme (Craes-Crips Rhône-Alpes, 2006). Par conséquent, si l'apport en protéines est insuffisant, l'organisme synthétise des protéines au détriment des muscles. Ainsi, il est conseillé aux personnes âgées, dont les besoins nutritionnels évoluent par rapport à des individus plus jeunes, de consommer au minimum 1 portion de viande, de poisson, ou d'œufs chaque jour, de même que 2 à 3 produits laitiers (Tableau 1). Pour atteindre ces objectifs nutritionnels, des stratégies peuvent être mises en place telles que l'ajout de jambon, de fromage, ou d'œufs au potage, à la purée, ou aux gratins. De même, la consommation de produits laitiers entiers sous forme de boissons peut être renforcée chez les personnes âgées (lait, milkshake, lait de poule...), de même que celle de lait en poudre (crèmes desserts, fromage blanc, yaourt...).

D'autres aliments, peuvent également apporter des protéines, ce qui est particulièrement utile pour les personnes qui ne mangent pas de viande ou de poisson ou qui ont des régimes alimentaires plus contraignants.

Ainsi, dans ce contexte, il est intéressant d'étudier comment les nouvelles recommandations nutritionnelles du PNNS portant sur le rééquilibrage de nos apports en protéines animales et végétales, peuvent s'appliquer aux personnes âgées afin d'atteindre une consommation suffisante de protéines.

L'IMPORTANCE DES APPORTS EN PROTÉINES POUR LES SENIORS

Si l'activité de base du métabolisme des protéines ne change pas significativement au cours du vieillissement, plusieurs facteurs contribuent à augmenter les besoins en protéines chez les personnes âgées : diminution de la synthèse protéique musculaire, augmentation de la perte tissulaire, destruction protéique accrue favorisée par la présence fréquente d'un état inflammatoire chronique. De ce fait, les apports en protéines permettant d'équilibrer le bilan azoté doivent être plus élevés chez les personnes âgées que chez l'adulte (GEM-RCN, 2015). Ces apports doivent être définis aussi bien par leur quantité que par leur qualité, c'est-à-dire par leur composition en acides aminés. Aujourd'hui en France, notre ratio de consommation de protéines d'origine animale et végétale est de 65/35 alors que les recommandations sont de 50/50 (INRAE, 2021).

Les protéines végétales

Les sources de protéines végétales sont très variées. On peut notamment en trouver dans les céréales (riz, blé, avoine, etc.), les légumes secs (lentilles, fèves, haricot, etc.) mais également dans les oléagineux (noix, amandes, etc. ; ANSES, 2021). Ces protéines sont des sources d'acides aminés essentiels pour notre corps mais elles présentent un facteur limitant en certains acides aminés indispensables, comme la lysine pour les céréales, ou les acides aminés soufrés pour les légumineuses, contrairement aux protéines d'origine animale qui rassemblent la totalité de ces acides aminés essentiels.

Même si les légumineuses ont été oubliées dans nos placards, elles font partie de notre quotidien et appartiennent à notre patrimoine culinaire. Elles sont excellentes pour la santé, et recommandées pour la planète (Amrouche, 2021).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

LE BON ÉQUILIBRE ENTRE PROTÉINES ANIMALES ET VÉGÉTALES POUR LA SANTÉ HUMAINE

Les viandes rouges apportent des protéines riches en acides aminés essentiels, des minéraux comme le fer et la vitamine B 12 nécessaires à certains âges de la vie. Mais l'impact négatif d'un excès de consommation de ces produits fait maintenant consensus (INRAE, 2019). Les études d'observation montrent que leur forte consommation peut être associée à certains cancers (colorectal, sein) ainsi qu'à des maladies cardiovasculaires. C'est la raison pour laquelle le PNNS 4 recommande de ne pas dépasser les 500 grammes de viande rouge et 150 grammes de charcuterie par semaine.

Aujourd'hui, tant pour préserver notre santé que l'environnement, une évolution des comportements alimentaires est nécessaire. Il est notamment préconisé de consommer des protéines d'origine végétale en quantité au moins égale à celle des protéines d'origine animale. Or, aujourd'hui, c'est l'inverse qui est observé puisqu'en moyenne plus de 60 % des protéines que nous consommons en France sont d'origine animale (INRAE, 2019).

POURQUOI ASSOCIER LES CÉRÉALES ET LES LÉGUMINEUSES ?

Les protéines contenues dans l'alimentation apportent à l'organisme 8 acides aminés essentiels (AAE). Contrairement aux protéines animales (viande, poissons, œufs, etc.), les protéines végétales des céréales et des légumineuses apportent ces AAE, mais avec toujours un déficit pour l'un d'eux.

Selon l'ANSES, pour obtenir une alimentation équilibrée en acides aminés à partir de protéines végétales, il est ainsi nécessaire d'associer : des légumineuses (lentilles, fèves, pois, etc.) avec des céréales (riz, blé, maïs, etc.).

L'acide aminé en moindre quantité étant différent dans les céréales et les légumes secs, l'association « céréales + légumes secs » au cours d'un même repas, permet d'obtenir des protéines végétales complètes d'aussi bonne qualité que les protéines animales.

Pour cela, la proportion recommandée est de 30g de légumineuses et de 80g de céréales (poids sec) pour une portion (Corabio – DRAAF Région Auvergne Rhône-Alpes, s. d.).

Changer les habitudes alimentaires des séniors ne devrait pas être compliqué car les légumineuses sont plutôt bien identifiées. Nous nous souvenons tous de ce que nous avons aimé quand nous étions enfants et encore très tard. Ce sera donc un plaisir de retrouver les saveurs appréciées auparavant. Le seul élément qui pose problème aujourd'hui, c'est que la plupart des personnes ignorent les qualités de ces aliments. Par conséquent, il conviendra d'accentuer les efforts en communiquant sur leurs qualités nutritionnelles. En effet, outre l'apport en protéines, les produits végétaux sont une grande source de fibres contrairement aux viandes qui n'en contiennent pas.

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Les fibres alimentaires ont différents effets sur la physiologie intestinale des personnes âgées. Le son, les céréales de blé, les aliments à base de grains entiers, et les légumineuses (haricots rouges, lentilles, pois chiches...) constituent de bonnes sources en fibres insolubles, idéales pour lutter contre la constipation. Les fruits et légumes apportent des fibres solubles, appelées aussi prébiotiques, qui constituent la nourriture principale du microbiote intestinal. C'est pourquoi il est indispensable de consommer ces deux catégories afin d'assurer un bon équilibre intestinal.

Les personnes qui prennent de l'âge souffrent souvent de troubles du transit et notamment de constipation. Celle-ci peut être provoquée par un manque d'activité physique, un apport en fibres insolubles insuffisant, des médicaments agissant sur l'activité intestinale, le stress psychologique, ou encore un manque d'hydratation. De plus, la personne âgée alterne souvent des périodes de constipation et de diarrhées. La diminution de la masse hydrique rend le sujet plus vulnérable aux éventuels épisodes de déshydratation (Vidal, 2019). Cette situation est à surveiller, d'autant plus que les personnes âgées ressentent beaucoup moins la sensation de soif. Les performances des organes ne sont plus aussi bonnes, et les défenses immunitaires diminuent. Les capacités d'adaptation du sujet âgé sont réduites. Il est d'autant plus important qu'elle garde un apport hydrique suffisant. Il est donc conseillé de boire 1,5L par jour d'eau (Tableau 1), de préférence entre les repas pour ne pas remplir l'estomac. L'eau peut être ingérée sous toutes ses formes (plate, gazeuse, aromatisée, bouillon, potage, infusions...).

Bien entendu une bonne alimentation ne se réduit pas uniquement à l'ingestion de protéines, de fibres et d'eau. Il est également important d'aborder le rôle des micronutriments dans la nutrition des sujets âgés. On parlera entre autres de l'importance du calcium et de la vitamine D dans le métabolisme osseux qui est établie de longue date mais aussi de son rôle éventuel dans un certain nombre d'événements cliniques comme les chutes, les fractures, la force, l'équilibre, les troubles cognitifs, et la survenue de certains cancers et de certaines maladies inflammatoires au cours du vieillissement.

LE RÔLE DES MICRONUTRIMENTS DANS LA NUTRITION DES SENIORS

Les besoins en vitamines et minéraux restent les mêmes tout au long de la vie. Cependant, avec l'âge, l'absorption de certains nutriments diminue (Vidal, 2019), et l'apport peut donc devenir insuffisant à la suite d'une modification des habitudes alimentaires.

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS?

La vitamine D est dans ce sens importante dans l'alimentation des personnes âgées, puisqu'elle préserve les performances musculaires en favorisant le passage intermembranaire du calcium, responsable de la contraction musculaire. Cette vitamine est bénéfique également pour le système immunitaire et le système osseux, car, lorsqu'elle est associée au calcium, elle est garante de la minéralisation osseuse. Bien que cette vitamine puisse être retrouvée dans certains aliments, la quantité est faible et l'exposition au soleil reste la source à privilégier. Or, les personnes âgées de plus de 60 ans sont plus à risque d'une carence en vitamine D puisque la capacité à fabriquer cette vitamine à partir du cholestérol de la peau lors de l'exposition solaire est affaiblie par rapport à des individus plus jeunes, sans parler de l'impossibilité à effectuer cette synthèse en France en dehors de la période de la fin avril à la mi-octobre (quand les rayons solaires présentent une forte inclinaison). Une carence en vitamine D se manifeste par une fatigue inhabituelle, des douleurs musculaires (courbatures), et des chutes répétées (Dupuy & Gillette-Guyonnet, 2010).

En plus des risques de carence en vitamine D encourus par les personnes âgées du fait même de leur âge, elles sont également plus à risque que les sujets plus jeunes de développer des carences en vitamines B9 et B12 (qui interviennent dans la croissance des hématies), ce qui se traduit par une fatigue inhabituelle, de l'anémie, des troubles psychologiques (dépression, troubles de la mémoire...) ou sensitifs (picotements, douleurs...), la langue rouge et enflée, et des difficultés à marcher. La vitamine B9 se trouve aisément dans les céréales, les abats, les poissons gras, certains légumes verts, et les légumineuses, et est donc facile à intégrer dans l'alimentation. La vitamine B12 se trouve avant tout dans les produits d'origine animale (poissons gras, crustacés, fromages, œufs), et avec l'avancée en âge, elle est moins bien absorbée (manque d'acidité gastrique et d'autres facteurs intrinsèques), donc les compléments alimentaires sont conseillés aux personnes âgées qui ne consomment pas ces produits (Besse, 2019).

QUEL EST LE RISQUE NUTRITIONNEL MAJEUR CHEZ LES SENIORS ?

Pour mieux comprendre l'importance d'une bonne alimentation chez les personnes âgées, on évoquera la notion de « balance énergétique » qui correspond, à l'équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Les apports sont couverts par ce que nous mangeons et buvons pour donner de l'énergie au corps. Les dépenses correspondent au métabolisme de base (dépenses automatiques comme respirer ou dormir), la thermogenèse alimentaire, la thermorégulation et l'activité physique. Pour équilibrer la balance énergétique et stabiliser le poids, les apports doivent être équivalents aux dépenses. C'est l'écart entre ces deux critères qui détermine les apports journaliers nécessaires à l'organisme (Charbonnier et al., 2021). Or, avec l'avancée en âge, les besoins de l'organisme évoluent, et, contrairement aux idées reçues, certains besoins sont même plus importants. De fait, le risque nutritionnel majeur pour les personnes âgées n'est pas le surpoids, mais bien la malnutrition protéino-énergétique, ou dénutrition (Ferry et al., 2002), se manifestant par des carences nutritionnelles importantes et conduisant à un affaiblissement physique et psychologique (Cardon, 2008). Cet affaiblissement peut se caractériser par la « spirale de la dénutrition » (Ferry et al., 2012 ; Figure 1).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

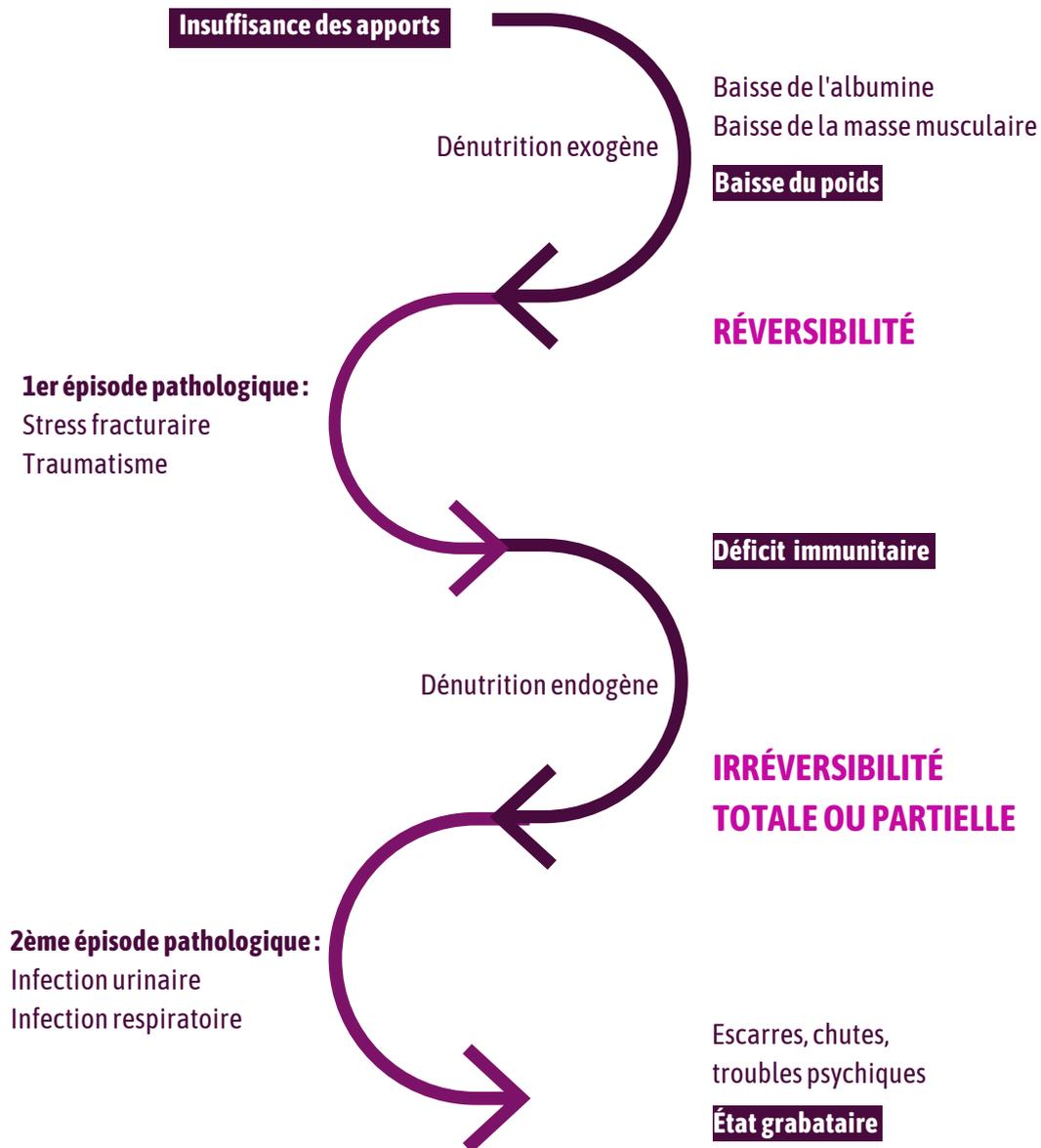


Figure 1 : Spirale de la dénutrition (d'après Ferry et al., 2012)

Plus précisément, cela implique qu'un apport nutritionnel insuffisant provoque une détérioration de l'état de santé et une accélération du vieillissement. Cela peut se traduire par l'aggravation d'autres pathologies telles qu'une diminution plus importante de la masse musculaire et/ou de l'immunité, ou une hausse du risque d'infection, de chute, et/ou du nombre d'hospitalisations (Boulay & Lenoir, 2020). Lorsque l'apport énergétique est négatif (i.e., l'énergie dépensée est supérieure à celle consommée), l'organisme doit utiliser ses réserves jusqu'à épuisement, ce qui peut provoquer, dans les cas les plus graves, une perte d'autonomie, voire même la mort. La dénutrition est dans ce sens la première cause d'immunodépression dans le monde (PNNS, 2021), et représente un facteur de l'état de fragilité des personnes âgées (Fried et al., 2001).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Compte-tenu de la prise en charge « professionnelle » des repas en institution, il semblerait que les personnes âgées vivant à domicile soient plus exposées à la dénutrition que celles vivant en EHPAD, par exemple (270 000 vivant en EHPAD contre 400 000 vivant à domicile ; Boulay & Lenoir, 2020). La prévalence de la dénutrition varie de 4% à 10% à domicile selon le critère de diagnostic utilisé. Plus récemment, en France, dans une large population de sujets âgés vivant à domicile en région urbaine, 14,8 % étaient à risque de dénutrition (HAS, 2020).

Même si les individus âgés parviennent à maintenir de bonnes habitudes alimentaires, différents facteurs physiologiques et/ou pathologiques liés au vieillissement (baisse de la mobilité, déficiences cognitives, altération du goût et/ou de l'odorat, etc.), de même que divers facteurs psychosociaux (soutien social, cadre de vie, proximité des commerces, questions financières, etc.), peuvent contribuer à l'apparition progressive d'une dénutrition (AFSSA, 2006). Ces facteurs sont synthétisés ci-dessous (Evans, 2005 ; Figure 2).

PHYSIOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Diminution du goût• Diminution de l'odorat• Satiété irrégulière• Vidange gastrique retardée• Acide gastrique diminué• Diminution de la masse maigre
PATHOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Problèmes dentaires• Dysphagie, problèmes de déglutition• Maladies (cancer, insuffisance cardiaque ou rénale, diabète, problèmes pulmonaires, thyroïde...)• Médicaments (diurétiques, anti-hypersensibilité, agoniste de la dopamine, antidépresseurs, antibiotiques, antihistaminiques)• Alcoolisme• Démence
SOCIOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Capacité à faire ses courses• Capacité à cuisiner• Moyens financiers, statut socioéconomique• Capacité à faire les tâches quotidiennes• Manque d'interactions sociales lors des repas
PSYCHOLOGIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Dépression• Anxiété• Solitude• Evènements stressants de la vie• Deuil

Figure 2: Facteurs de la dénutrition chez les personnes âgées (d'après Evans, 2005)

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Le dernier Programme National Nutrition Santé (PNNS 4) a notamment pour objectif de réduire de 30% le pourcentage des personnes âgées dénutries de plus de 80 ans. Il est donc important d'accompagner les personnes âgées en leur proposant des leviers d'actions possibles, mais pour cela, il convient d'étudier en profondeur les différents facteurs qui peuvent contribuer au risque de dénutrition.

FACTEURS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES LIÉS AU VIEILLISSEMENT

On l'a vu, la satisfaction de l'ensemble des besoins nutritionnels des personnes âgées peut contribuer à retarder l'apparition de problèmes de santé tels que les troubles digestifs, l'hypertension, l'augmentation du cholestérol, l'ostéoporose, le surpoids, et les maladies cardiovasculaires (PNNS, 2021). Toutefois, le vieillissement du corps diminue les capacités d'absorption des nutriments, notamment les protéines, ce qui implique une évolution des besoins par rapport aux individus plus jeunes. Ainsi, il s'agit de pallier cette baisse de l'efficacité de l'organisme en maintenant une prise alimentaire suffisante et en diversifiant autant que possible les aliments consommés, avec un apport en protéines plus important.

Chez les personnes âgées, l'état de la cavité buccale peut aussi être déterminant dans la prise alimentaire et, dans le cas d'un état détérioré non-soigné, constituer un facteur de dénutrition. Dans ce sens, la perte de dents ou les difficultés liées à la mastication peuvent amener à l'exclusion de certains aliments essentiels en faveur d'aliments plus mous et faciles à manger (Bert & Bodineau-Mobarak, 2010). De même, les facultés de goût peuvent diminuer avec l'âge et amener à une prise faible de certains aliments. Cela peut être dû à la diminution normale des bourgeons du goût, aux altérations sensibles et sensorielles liées à la sénescence, ou encore aux maladies chroniques ou à la polymédication (Prêcheur & Philip, 2020). Au-delà des capacités fonctionnelles, ces changements liés à l'avancée en âge peuvent nuire au plaisir, et donc à l'envie de manger, et par conséquent, contribuer à l'apparition d'un état de dénutrition. A titre préventif, il importe de maintenir une bonne hygiène dentaire, puisque celle-ci permet aux personnes âgées de continuer à manger des repas diversifiés et équilibrés (Ferry, 2013).

Certains changements physiques ou physiologiques chez les personnes âgées sont liés à un vieillissement normal et sont dans ce sens inévitables dans certains cas. D'autres, en revanche, peuvent être le résultat de pathologies dans le cadre d'un vieillissement anormal. Par exemple, l'alimentation peut être liée au risque de démence sénile (Debray, 2004), dans le sens où l'incapacité à réguler son appétit (stress alimentaire) ou une anorexie postprandiale trop longue peuvent être des facteurs déclencheurs. Si elles ne sont pas compensées par une modification des comportements alimentaires, ces difficultés peuvent en effet entraîner des modifications sur le plan métabolique (réduction des sécrétions salivaires, diminution des capacités olfactives et du goût, perte de la sensation de faim), puisque les besoins nutritionnels sont plus importants chez les personnes âgées malades hyper-cataboliques, chez qui les traitements médicamenteux destinés à soigner la maladie peuvent également nuire à l'appétit (CNA, 2005).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Les changements physiques et physiologiques provoqués par le vieillissement peuvent également exposer les personnes âgées à des risques plus importants de déshydratation. Celle-ci peut être provoquée par une malnutrition ou par une diarrhée importante non-traitée, et, si elle n'est pas prise en compte, peut amener à des conséquences plus ou moins néfastes pour la santé (AFSSA, 2006). Ces risques sont accrus en périodes de forte chaleur, d'où l'importance de surveiller attentivement la fréquence et la quantité d'eau consommée par les personnes âgées, d'autant plus qu'elles peuvent vivre des épisodes de sudation intenses lors d'efforts physiques.

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX LIÉS AU VIEILLISSEMENT

La spirale de la dénutrition (Ferry et al., 2012) souligne également l'importance de facteurs psychosociaux dans l'alimentation des personnes âgées, puisque les problèmes de santé dans la population âgée sont souvent le résultat des habitudes et des modes de vie (Butler, 1997 ; Khaw, 1997 ; Vita et al., 1998). Le vieillissement implique en effet une évolution des besoins alimentaires des individus (Paramita et al., 2018), ce qui en fait un changement social important qui doit de ce fait être accompagné par de la sensibilisation et de l'éducation pour faire évoluer les habitudes alimentaires (Sahyoun, 2002). L'auto-efficacité (i.e., la perception de ses propres capacités à accomplir une tâche ou à atteindre un objectif) peut dans ce sens jouer un rôle central dans l'importance accordée à l'alimentation par les personnes âgées, dans leur inclination à changer leurs pratiques alimentaires, et dans le soutien social perçu (Lizaka et al., 2008 ; Matheson et al., 1991).

De nombreux travaux ont montré le rôle important joué par divers facteurs psychosociaux dans la bonne alimentation des personnes âgées (Casanova et al., 2020 ; Mobarhan & Trumbore, 1991), puisque la qualité de l'alimentation influence la qualité de vie, la morbidité, et la mortalité des personnes âgées (Brownie, 2006). Par exemple, une étude conduite auprès de patients âgés en hémodialyse ou en dialyse péritonéale a établi qu'un taux d'absorption faible des protéines était lié à un niveau faible de relations sociales et à la dépression (Johansson et al., 2013). De même, les personnes âgées à risque de dénutrition semblent bénéficier d'un soutien social plus faible que les personnes âgées repérées comme n'étant pas à risque, et elles sont globalement moins satisfaites de leur vie (Johnson, 2005). Dans une revue déjà ancienne de la question, Darnton-Hill (1992) insiste également sur l'importance de facteurs psychosociaux et socioéconomiques dans l'alimentation des personnes âgées, en affirmant notamment que les positions sociales défavorisées, les minorités ethniques, les personnes en mauvaise santé, isolées ou peu intégrées socialement, les non-initiés aux arts culinaires (manque de connaissance), et les hommes (plutôt que les femmes) sont les personnes âgées les plus vulnérables en matière de dénutrition (voir également Cardon, 2010). A ces facteurs de dénutrition, il ajoute également le veuvage, en particulier lorsqu'il s'agit d'un mari qui a perdu sa femme. Pour lui, la modernisation et la gentrification de nombreux quartiers dans les grandes villes peut aussi constituer un facteur de vulnérabilité à la dénutrition, notamment dans les populations les plus socioéconomiquement défavorisées, puisque la disparition des commerces de proximité limite l'accès des personnes âgées aux aliments « bon marché ». On notera toutefois qu'aujourd'hui, de nombreux supermarchés proposent la livraison à domicile, à condition d'avoir accès à l'outil informatique et à Internet. Même si la livraison à domicile peut être une solution, celle-ci reste avant tout utilisée par les jeunes actifs (Caza, 2020) et elle n'est pas au goût de toutes les personnes âgées, qui apprécient souvent la dimension sociale des courses alimentaires (Bofill, 2004).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Ainsi, l'isolement peut également être un facteur de dénutrition chez les personnes âgées (Villet & Ngnafeu, 2020), car il n'y a plus la dimension sociale/conviviale et donc l'envie de manger. Par conséquent, la solitude contribue à la perte d'appétit et donc au risque de dénutrition (Boulay & Lenoir, 2020). La solitude peut également nuire à la motivation à préparer un repas équilibré et fait maison, tout comme la présence d'un handicap ou des difficultés financières peuvent limiter les possibilités de déplacement jusqu'aux lieux d'approvisionnement et ainsi réduire la diversité des achats alimentaires (Sarkar et al., 2020). Ces travaux montrent que différents facteurs socio-environnementaux peuvent être déterminants dans la représentation de ce qu'est une « bonne » alimentation, dans les attitudes face aux repas, dans les critères de choix des produits, et plus globalement dans les modes de vie alimentaires. Dans ce sens, les pratiques alimentaires sont généralement associées à des émotions positives ou négatives qui peuvent être déterminantes dans les choix et les comportements vis-à-vis de l'alimentation et des rapports sociaux, et dans le plaisir pris lors des repas et de leur préparation (Luomala et al., 2007). Ainsi, le plaisir lié aux repas est avant tout une question de contexte, puisque la plupart des individus mange à des heures fixes et pas forcément uniquement lorsqu'ils ont faim (Charbonnier et al., 2021). De même, les émotions peuvent jouer sur la prise alimentaire en provoquant ou en coupant les sensations de faim. On observe dans ce sens une consommation plus importante d'aliments gras, sucrés, salés, et à forte valeur énergétique chez les individus qui ressentent des émotions négatives plutôt que positives (Bourdier, 2017). Cette consommation relève alors d'une tentative de détourner, de gérer, ou de réguler un état émotionnel intense. De fait, les émotions négatives peuvent contribuer à la sensation de faim des personnes âgées, et par conséquent, diminuer (ou alors augmenter) la prise alimentaire (Charbonnier et al., 2021).

Par ailleurs, différents marqueurs de position sociale, comme la structure du ménage ou la situation financière, peuvent jouer sur l'alimentation et les habitudes alimentaires (Herne, 1995 ; Lee & Frongillo, 2001). Plus une personne est financièrement aisée, et plus elle consomme une variété d'aliments (Cardon, 2010). Des facteurs culturels tels que les croyances alimentaires, la position sociale, ou encore la santé psychologique, sont déterminants dans la qualité de l'alimentation des personnes âgées (CNA, 2005 ; Edfors & Westergren, 2012). Dans ce sens, les individus appartenant à des groupes sociaux favorisés ont plus tendance que les groupes défavorisés à faire appel à un tiers pour les tâches alimentaires (Cardon, 2010). A ce sujet, la diversité alimentaire est plus importante lorsque la préparation des repas est réalisée par une personne non-apparentée que lorsqu'elle est réalisée par un proche, en fonction du statut social (enfant, conjoint, profession, etc.), du genre des aidants, et du type de prise en charge (Cardon, 2010). Globalement, là où un professionnel favorise l'intégration des normes nutritionnelles et diététiques par l'application des recommandations du PNNS, la famille se trouve plutôt dans la recherche d'un maintien des habitudes alimentaires sans prendre en compte l'évolution des besoins de la personne âgée. Ainsi, le statut de l'intervenant peut influencer l'alimentation du ménage (Cardon, 2008).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

Le lieu d'approvisionnement joue aussi un rôle dans les choix de consommation et dans l'élaboration des repas. On l'a vu, même si les achats en ligne et la livraison à domicile se démocratisent de plus en plus, ceux-ci restent peu utilisés par les populations âgées (Caza, 2020). En milieu urbain, les marchés ou les épiceries sont souvent le seul mode d'approvisionnement lorsque la mobilité est limitée. En milieu rural, les commerces de proximité sont en déclin en faveur de grands supermarchés installés en périphérie des villes (CNA, 2005). Par conséquent, les personnes âgées habitant dans un village ou en périphérie fréquentent davantage les supermarchés (lorsqu'ils peuvent s'y rendre), ce qui influence forcément leur alimentation, en les amenant par exemple à manger plus de repas surgelés (Cardon, 2010). En somme, en plus de contribuer à la réduction des apports nutritionnels, la fermeture des commerces de proximité, l'augmentation des prix, et les moyens financiers limités réduisent les possibilités de sortie et participent ainsi à l'isolement social des personnes âgées qui se trouvent alors « sans objectif » (Ferry et al., 2002).

Ces exemples soulignent le fait que les pratiques alimentaires sont des marqueurs socioculturels. Les personnes appartenant à une culture à tendance individualiste (comme nos sociétés occidentales) ont plus tendance à manger seules par rapport à des personnes appartenant à une culture à tendance collectiviste (Luomala et al., 2007). L'expérience du veuvage peut aussi avoir des conséquences considérables sur les habitudes alimentaires car les habitudes du couple sont effacées et de nouvelles habitudes doivent être adoptées, parfois soudainement et sans que l'on puisse s'y préparer. On sait dans ce sens que certaines veuves se réapproprient des habitudes alimentaires adoptées avant leur mariage, d'autant plus en présence de dimensions religieuses ou culturelles (Luomala et al., 2007). Le veuvage semble affecter l'alimentation des hommes différemment que celle des femmes, avec un risque plus élevé de dénutrition chez les veufs que chez les veuves (Cardon, 2010). Toutefois, indépendamment de l'épreuve du veuvage, les hommes seuls et en bonne santé semblent moins à risque de dénutrition que les femmes car ceux-ci sont plus enclins à aller manger au restaurant ou avec d'autres personnes (Cardon, 2010), et ils bénéficient d'un soutien social plus important pour la préparation des repas, ce qui a en plus l'avantage de diversifier l'alimentation (Ferry et al., 2002). Ainsi, les actions menées en faveur de la bonne alimentation des personnes âgées et en vue de pérenniser leur autonomie à domicile gagneraient à davantage prendre en compte l'environnement social et le contexte socioéconomique des individus.

En résumé, la littérature scientifique met en lumière plusieurs facteurs pouvant provoquer une dénutrition chez les personnes âgées, que nous avons résumés à l'aide des quatre catégories définies par Evans (2005) afin de compléter sa typologie (Figure 3). On notera que les situations de dénutrition sont souvent complexes, et qu'une combinaison de facteurs différents en est généralement à l'origine. Pour une prise en charge des personnes âgées dénutries, il convient donc d'adopter une approche individuelle, ancrée dans le contexte de la personne et adaptée à ses besoins (Axelson & Penfield, 1983).

QU'EST-CE QU'UNE ALIMENTATION DE QUALITÉ CHEZ LES SENIORS ?

PSYCHOLOGIQUE	PHYSIOLOGIQUE	PATHOLOGIQUE	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none">• Solitude• Dépression• Stress/anxiété• Deuil• Auto-efficacité• Plaisir	<ul style="list-style-type: none">• Perception goûts/odeurs• Capacités digestives• Anabolisme protéique (> 50 ans)• Sécrétion d'insuline• Rendement métabolique	<ul style="list-style-type: none">• Baisse de l'appétit• Troubles de la vision & de l'ouïe• Douleurs• Dentition• Médicaments• Perte d'autonomie• Déglutition• Constipation• Alcoolisme• Démence	<ul style="list-style-type: none">• Approvisionnement• Préparation des plats• Moyens financiers• Soutien social• Veuvage• Fréquence de repas faible• Interactions sociales

Figure 3 : Facteurs déterminants dans l'alimentation des personnes âgées

On note donc que la dénutrition est un problème multifactoriel qu'il convient d'approcher de manière systémique et contextualisée (Chen et al., 2008). Cette multidimensionnalité complique considérablement le repérage de la dénutrition, notamment chez les personnes âgées vivant à domicile (Wells & Dumbrell, 2006), ce qui amène les pouvoirs publics à faire le choix de la prévention et de l'accompagnement individualisé ou collectif.



LE FRACTIONNEMENT DES APPORTS ALIMENTAIRES

En vieillissant, les personnes âgées ont tendance à manger moins de produits composés (Cardon, 2010). Les repas deviennent plus sobres : moins de biscuits, de viande et de fromage, et donc globalement une diversité nutritionnelle moindre (Gojard & Lhuissier, 2003). De plus, elles ont tendance à maintenir le même rythme de repas trois fois par jour, à des heures fixes (petit déjeuner, déjeuner, dîner) tout au long de leur vie, y compris lorsqu'elles atteignent le troisième âge (Barth & Anteblian, 2010). Cependant, ajouter une ou plusieurs collations devient intéressant avec l'avancée en âge. En effet, la démultiplication des prises alimentaires permet :

- Pour les personnes découragées par de grosses portions, de répartir les apports sur la journée en diminuant les rations servies à chaque repas ;
- Pour les personnes qui se fatiguent vite en mangeant (troubles de la déglutition, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), suites d'accident vasculaire cérébral – AVC – etc.), de faire une pause au milieu du repas (consommation de l'entrée et du plat principal, repos, puis consommation du fromage et du dessert) ;
- En cas de dénutrition, d'augmenter les apports nutritifs sans augmenter la ration sur chaque repas ;
- De s'adapter au rythme et habitudes de vie des personnes. Par exemple, les collations proposées après le dîner (ou la nuit, quand la personne âgée se réveille) sont particulièrement intéressantes, surtout si le dîner est pris tôt. Elles contribuent directement à réduire la période de jeûne. Elles permettent de compenser une prise alimentaire réduite du fait d'un écart temporel insuffisant entre le goûter et le dîner. Elles sont particulièrement adaptées au rythme des personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer qui ont des réveils nocturnes fréquents (Pouyet et al., 2013).

L'ALIMENTATION ENRICHIE ET LE MANGER-MAIN

Comme on l'a vu précédemment, au cours du vieillissement, la dépendance et ses contraintes tendent à éloigner la personne âgée des plaisirs de la table. Il est primordial de l'accompagner pour lui permettre de retrouver une alimentation plaisante et gourmande, afin notamment de lutter contre sa potentielle dénutrition. Adapter l'alimentation permet aux personnes qui souffrent de troubles de la déglutition, de la mastication, ou de troubles praxiques et neurologiques (tremblement, déambulation), ou encore de troubles visuels (agnosie) de faciliter la prise alimentaire et de retrouver le plaisir de manger. (Pouyet et al., 2013).

LE MANGER-MAIN

Tout le monde a déjà, peut-être sans le savoir, pratiqué le manger-main lors d'apéritifs dînatoires, de goûters... Il s'agit simplement de penser l'adaptation des préparations pour que les personnes ne sachant plus ou ne pouvant plus se servir de couverts puissent avoir accès aux mêmes plats que les autres convives. Les « finger foods » sont des aliments pouvant être mangés avec les doigts et particulièrement adaptés pour les patients présentant une apraxie conduisant à des difficultés pour utiliser leurs couverts (Benattar & Lemoine, 2009). Sans jamais perdre la gourmandise, le manger main privilégie le plaisir gustatif aux seuls effets de textures ou de couleurs, l'idée étant de s'adapter aux capacités et aux besoins de la personne.

L'ALIMENTATION ENRICHIE

L'alimentation enrichie a pour objectif d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume (HAS, 2007). Cette technique non-médicamenteuse permet de limiter la perte de poids. Une carence en protéine peut affaiblir le système immunitaire et entraîner une perte de la masse musculaire. Il existe plusieurs enrichissements tels que :

- Les enrichissements protéiques : les protéines permettent de limiter la fonte musculaire (plusieurs aliments peuvent être utilisés pour enrichir l'alimentation : jambon, œuf, gruyère, fromage fondu, lait en poudre, purées d'oléagineux, comme l'amande dans les compotes ou mêmes dans les potages) ;
- Les enrichissements glucidiques : les glucides ont un rôle énergétique à court ou long terme. Les aliments pouvant être utilisés sont : féculé de pomme de terre, lentilles, miel, confiture ;
- Les enrichissements lipidiques : les lipides ont un rôle dans l'entretien du système nerveux ainsi qu'un rôle énergétique (huile de colza, huile d'olive, crème, beurre, jaune d'œuf, purées d'oléagineux, comme l'amande dans les compotes ou dans les potages).

Il existe également d'autres solutions comme les compléments nutritionnels oraux ou encore la nutrition artificielle. En revanche, ces solutions doivent être utilisées en dernier recours et prescrites par un médecin.

LE SILVER ÉPICURISME : UNE ACTIVITÉ OLYMPIQUE À NE PAS NÉGLIGER

« L'épicurisme des français » en matière d'alimentation n'est plus à prouver. Malgré ce fort ancrage culturel à l'hédonisme, on observe dans les actions menées en faveur des seniors, une prédominance des aspects de santé au détriment du plaisir. Cette doctrine cloisonnant l'alimentation entretient les représentations d'une incompatibilité entre ces deux aspects. Pourtant, les seniors cherchent avant tout à se faire plaisir tout en surveillant leur capital santé (Crédoc, 2005). Adeptes de la convivialité, la génération des « 50 ans et plus » privilégie les produits de qualité et les saveurs de la cuisine traditionnelle française. C'est donc la notion de plaisir qui domine. En parallèle, la question de la santé prend davantage de place et il y a une véritable prise de conscience de cette question.

L'IMPORTANCE DES NOTIONS DE SAVEUR ET DE PLAISIR

Le plaisir est un moteur pour chacun d'entre nous. Il inonde toutes les parties de notre corps (nos organes comme notre cerveau). Avec une bonne nutrition, on maintient l'équilibre des humeurs et on s'écarte de la morosité. Pour la majorité des seniors, manger est source de contentement (Crédoc, 2005). Quand on vieillit, on continue à se construire, se reconstruire, à créer, à découvrir, à apprendre, à être curieux et à faire de nouvelles rencontres... Notre soif du « bien-vivre » demeure, quel que soit notre âge !

DES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE LA DÉNUTRITION, AMÉLIORER L'APPÉTENCE ET LE PLAISIR ASSOCIÉS AUX REPAS DES SENIOR

Mais, le vieillissement s'accompagne de problèmes de dentition et d'une diminution des capacités sensorielles touchant tous les sens, en particulier le goût et l'odorat, amplifiée par la prise de certains médicaments. Les seuils de perception des saveurs et odeurs se trouvent donc modifiés. Le vieillissement entraînerait des changements dans les membranes des cellules gustatives entraînant une altération du fonctionnement des canaux ioniques et des récepteurs gustatifs (Masson, 2000). Ainsi, favoriser l'alimentation de la personnes âgée revient à s'intéresser au contenu de son assiette, en personnalisant les menus selon les goûts et les capacités masticatoires, et à tout ce qui entoure le repas. Les moments partagés, l'élaboration des mets, contribuent à renforcer la notion de bien-être. De plus, les odeurs et les saveurs renvoient aux souvenirs. Les leviers incontournables, pour la satisfaction qui est retirée d'un repas, restent donc l'environnement (convivialité, jolie table, vaisselle, atmosphère, etc.) et les éléments sensoriels (goût, arôme, texture des aliments). Améliorer l'environnement des repas autant que les repas eux-mêmes, c'est participer au bien-être de nos aînés les plus fragiles, améliorer leur statut nutritionnel, et ainsi retarder leur perte d'autonomie. C'est aussi, et surtout, stimuler et rendre le plaisir de manger et donc le plaisir de vivre.

Pour stimuler l'appétit et encourager la convivialité, le repas doit être servi dans un environnement agréable, chaleureux, propice à la consommation des plats. La présentation des plats doit susciter l'envie : harmonieuse et esthétique, elle doit rester cohérente avec l'histoire de vie des personnes âgées. Pour intéresser la personne âgée et l'inciter à la consommation, les plats doivent faire référence, autant que possible, à son histoire de vie.

La qualité organoleptique d'un plat dépend énormément de la qualité des ingrédients utilisés. Le choix des produits va également influencer sur la perception de ce que vont manger les personnes. Il est préférable d'utiliser des produits frais, locaux et de saison, mûrs à point pour les fruits et les légumes.

La réussite d'un plat requiert une préparation réfléchie, adaptée à la fois aux ingrédients utilisés et aux spécificités des personnes âgées (pertes sensorielles dans la perception et la reconnaissance des goûts, difficultés masticatoires, etc.). Pour maintenir une alimentation équilibrée adaptée à ces difficultés, il convient de proposer des aliments adaptés, tendres et/ou juteux, voire même d'adapter la texture de l'ensemble des repas en fonction des capacités masticatoires (alimentation hachée, moulinée, mixée, ou liquide). Cependant, ce type d'alimentation n'est pas toujours appétissant et peut être anorexigène. Il est donc important de commencer par choisir des aliments tendres et de les cuisiner différemment afin d'évoluer progressivement vers une texture adaptée sans pour autant qu'elle soit entièrement mixée. Pour permettre aux textures modifiées de concilier plaisir de manger et besoins nutritionnels, elles doivent s'appuyer sur des recettes traditionnelles et des produits naturels et proposer : des formes authentiques, des apports concentrés pour optimiser la densité nutritionnelle des aliments, des saveurs marquées pour lutter contre la perte du goût liée au vieillissement et/ou à leur pathologie, des couleurs pour stimuler les sens. Quoi qu'il en soit, en cas de dénutrition, il sera essentiel de faire passer le plaisir avant l'équilibre alimentaire.

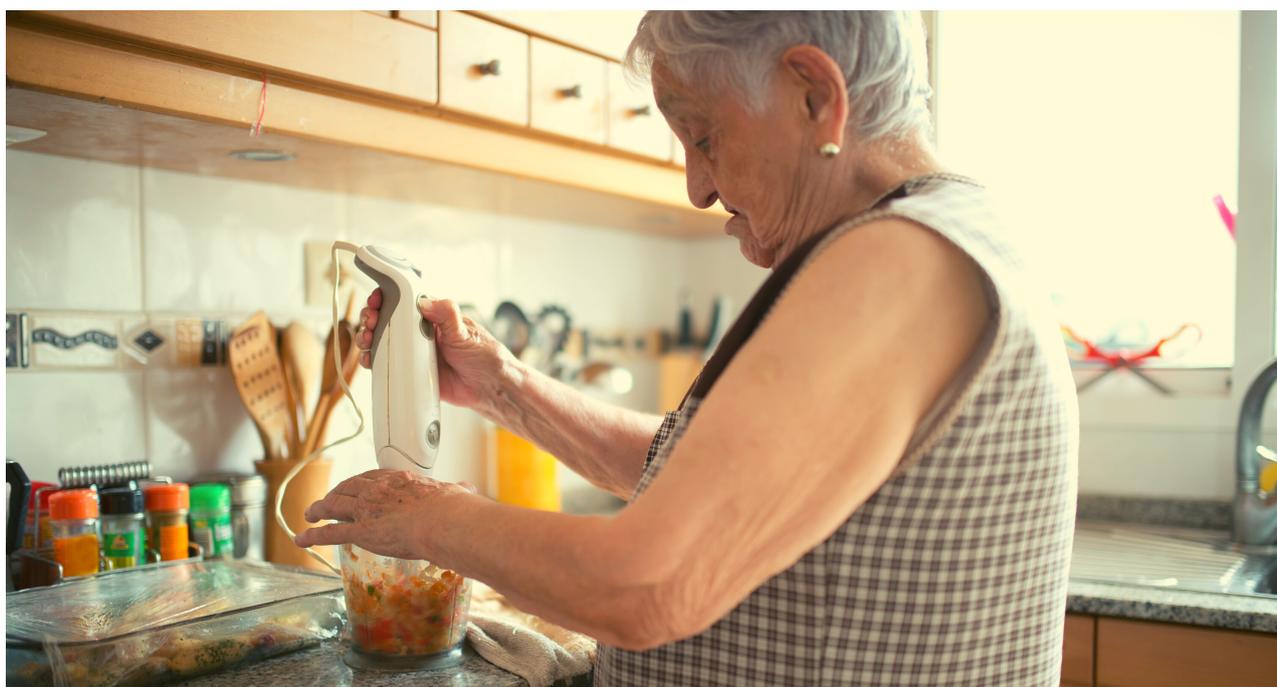
En conséquence, si l'on veut faire passer des messages essentiels de prévention, il est recommandé d'interpeller les seniors via des messages touchant au plaisir, à la gastronomie ou encore à la tradition ou aux souvenirs, ce qui permettra de les sensibiliser davantage.

DES LEVIERS POUR LUTTER CONTRE LA DÉNUTRITION, AMÉLIORER L'APPÉTENCE ET LE PLAISIR ASSOCIÉS AUX REPAS DES SENIOR

De plus, c'est en proposant des leviers simples et accessibles, des actions concrètes (ateliers de cuisine, conférences, visites de fermes, etc.) et en fournissant des informations très pratiques que l'on donne à chacun les clés pour pouvoir agir sur sa santé par le biais de l'alimentation, et changer durablement les pratiques alimentaires. Chacune de ces actions doit être adaptée à la fois à la cible et à son degré d'autonomie, mais aussi aux territoires et à leurs besoins et priorités.

L'ALIMENTATION COMME VECTEUR DE SENSIBILISATION SOCIALE

Récemment, l'isolement physique et affectif des personnes âgées a été l'un des grands sujets de préoccupation de la crise sanitaire. Le manque de lien social a accéléré la dégradation de l'état de santé de certaines personnes âgées, qui ont notamment eu du mal à vouloir s'alimenter (Boulay, 2020). Cela montre à quel point le temps du repas est un moment structurant et stimulant de la journée. L'alimentation favorise donc les liens sociaux. Occupant une place très importante en rythmant le quotidien de chacun, elle est un formidable outil au service du lien social, de l'éducation, de la transmission, de l'inclusion, de l'environnement et de la santé. En rendant les sujets âgés acteurs, l'alimentation permet à un plus grand nombre de se réinterroger sur leurs connaissances et mobiliser au mieux tout le potentiel « santé ».



REPÉRER LA DÉNUTRITION CHEZ LES SENIORS

Les actions préconisées par le CNA concernent avant tout la mise en place d'un meilleur dépistage et d'un meilleur repérage du risque de dénutrition pour améliorer la prise en charge des personnes (CNA, 2005). Sur le plan clinique, la dénutrition se manifeste par des signaux subtils. Une analyse sanguine permet de diagnostiquer un possible état de dénutrition à l'aide de marqueurs tels que l'albumine et la pré-albumine (Ferry, 2013). Même si ces marqueurs ne sont pas spécifiques à l'état nutritionnel des individus, ils peuvent orienter vers un diagnostic de dénutrition lorsque leurs valeurs ne dépassent pas un certain seuil. Par exemple, un taux d'albumine inférieur à 35g/L et un taux de transthyrétine inférieur à 200mg/L peuvent être des indicateurs d'un état de dénutrition (AFSSA, 2006).

D'autres outils, plus simples et moins coûteux, peuvent contribuer au repérage de la dénutrition chez les personnes âgées à l'aide de mesures auto-rapportées. On citera par exemple le test d'auto-évaluation nutritionnel qui aborde la situation socioéconomique, la situation physiologique et médicale, et le contenu alimentaire afin d'obtenir une évaluation auto-rapportée de l'état nutritionnel des individus. Il permet ainsi de repérer les contextes de vie et la satisfaction alimentaire des personnes âgées (Cardon, 2015). Ou encore, le Mini Nutritional Assessment (MNA), qui est un outil validé pour le dépistage de la dénutrition des personnes âgées. Ce questionnaire permet d'identifier les personnes non-dénutries, les personnes à risque de dénutrition, et les personnes en état de dénutrition (AFSSA, 2006). Enfin, on citera le Score d'Évaluation Facile des Ingesta (SEFI), un outil utilisé avant tout par les médecins généralistes pour gagner du temps dans le dépistage de la dénutrition lors des consultations (Dury-Dargaud, 2020). Dans tous les cas, les aides à domicile peuvent jouer un rôle clé dans le repérage de la dénutrition en déployant les outils de diagnostic disponibles et en surveillant les produits achetés, leur conservation, et leur préparation (Cardon, 2015).

Ces outils peuvent être utiles afin d'orienter le diagnostic et d'obtenir une auto-évaluation de l'état nutritionnel des individus, et peuvent permettre de prévenir la dénutrition par un déploiement des mesures en amont. Toutefois, leurs limites résident avant tout dans la différence significative qui existe entre la perception des apports nutritionnels et les apports nutritionnels réellement consommés [1]. La surveillance du poids reste le moyen le plus efficace pour dépister la dénutrition. Chez les personnes âgées, cette dernière est dite modérée si la perte de poids est équivalente à 5% du poids initial sur une période d'un mois, ou à 10% sur six mois. La dénutrition est dite sévère si la perte de poids est équivalente à 10% du poids initial sur une période d'un mois, ou à 15% sur une période de six mois (Boulay & Lenoir, 2020). De la même manière, un suivi de l'indice de masse corporelle (IMC) peut permettre de repérer la dénutrition. Il convient donc de se peser régulièrement (au moins une fois par mois), et plus souvent lorsqu'on traverse des situations de risque (une fois par semaine en cas d'hospitalisation, par exemple). Dans certains cas (difficultés à se tenir debout, personnes en fauteuil roulant, problèmes de vision, etc.), des balances spécifiques ou l'aide d'un tiers peuvent être nécessaires. Pour les personnes ne pouvant se peser régulièrement, d'autres indicateurs de l'évolution du poids peuvent être utilisés, comme un repérage informel à l'aide de la taille des vêtements (trop larges, niveau de serrage de la ceinture, bracelet de montre, etc.).

1- Par exemple, dans une étude sur la perception du poids chez les personnes âgées, 30% d'entre elles affirmaient à tort avoir perdu du poids, et 8% ne manger que deux repas par jour (Ferry et al., 2002).

REPÉRER LA DÉNUTRITION CHEZ LES SENIORS

Dans tous les cas, de nombreuses situations peuvent conduire à une baisse de l'appétit et à la dénutrition. Certaines peuvent être évidentes, comme dans le cas d'une perte de mobilité et d'une baisse de revenus. D'autres sont plus discrètes, voire minimisées par les personnes âgées elles-mêmes, comme dans le cas de l'isolement social ou de la dépression (Cabrera et al., 2007). Ces derniers ont été aggravés par la crise sanitaire, puisque la réduction voire la suppression des liens sociaux a fortement impacté l'alimentation et les habitudes alimentaires des personnes âgées, en amenant certaines à ne plus avoir envie de se nourrir (Boulay & Lenoir, 2020). En dehors du contexte de crise sanitaire, toutes les personnes âgées peuvent faire face à des facteurs de risque à un moment de leur vie. La perte de poids ne doit donc jamais être minimisée dans cette population (Robbins, 1989).

Récemment, un collectif de chercheurs français de l'ESA, de l'ONIRIS, de l'INRAE, du CHU de Dijon, du CHU d'Angers, de l'Université de Tours et de l'Université de Lille, a réalisé une vaste enquête multidisciplinaire auprès d'un panel de 559 français âgés de plus de 65 ans qui a permis d'identifier des « profils de mangeurs ». Leurs résultats ont permis de dresser une cartographie de sept « profils types », un outil précieux pour leur proposer une alimentation sur mesure et repérer les personnes à risque de dénutrition (Maître et al., 2021 ; Figure 4).

1

JEUNES SENIORS DE MOINS DE 80 ANS, AVEC UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL

Les individus appartenant au profil 1 (50% d'hommes) mangent avec plaisir et ont un bon appétit. Ils apprécient particulièrement la viande.

2

JEUNES SENIORS DE MOINS DE 80 ANS, AVEC UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL

Les individus appartenant au profil 2 (80% de femmes) sont sensibles aux effets de l'alimentation sur la santé.

3

JEUNES SENIORS DE MOINS DE 80 ANS, AVEC UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL

Les individus appartenant au profil 3 (86% de femmes) présentent un moral en berne, des choix alimentaires davantage gouvernés par leurs émotions, et une baisse de leurs capacités olfactives par rapport aux deux premiers profils.

4

PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 80 ANS QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR UNE AUGMENTATION DU RISQUE NUTRITIONNEL

Les personnes correspondant à ce profil sont actives et en bonne santé, et présentent des similarités avec le profil 1: une appétence pour les produits carnés et une bonne estime d'elles-mêmes.

REPÉRER LA DÉNUTRITION CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

5

PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 80 ANS QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR UNE AUGMENTATION DU RISQUE NUTRITIONNEL

Les personnes correspondant à ce profil ont conservé un bon appétit tout en étant sensibles au lien entre l'alimentation et la santé, comme le profil 2.

6

PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 80 ANS QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR UNE AUGMENTATION DU RISQUE NUTRITIONNEL

Les personnes correspondant à ce profil rencontrent des difficultés pour manger (troubles bucco-dentaires, douleurs en bouche...). Leur statut nutritionnel est inquiétant avec 83% de personnes dénutries ou à risque de dénutrition contre 16% dans le profil 4 et 39% dans le profil 5 (ce risque est inférieur à 10% dans les profils "jeunes" seniors).

7

PERSONNES ÂGÉES DE PLUS DE 80 ANS QUI SONT CARACTÉRISÉES PAR UNE AUGMENTATION DU RISQUE NUTRITIONNEL

Les personnes correspondant à ce profil souffrent de solitude et présentent des symptômes dépressifs. Leur statut nutritionnel est inquiétant avec 83% de personnes dénutries ou à risque de dénutrition contre 16% dans le profil 4 et 39% dans le profil 5 (ce risque est inférieur à 10% dans les profils "jeunes" seniors).

Figure 4 : Profils alimentaires des personnes âgées (d'après Maître et al., 2021).

Ces résultats soulignent la forte hétérogénéité des déterminants du comportement alimentaire au sein de la population âgée, avec un tournant autour de 80 ans. Ce travail met en lumière la nécessité de développer des interventions ciblées pour lutter contre la dénutrition des seniors, en tenant compte de leur situation de vie et de leurs difficultés, mais aussi de leurs préférences et croyances en matière d'alimentation. Ce type d'enquête constitue un appui aux recherches visant à développer et assurer une nutrition préventive, adaptée aux exigences de chaque période de la vie et de chacun.

On l'a vu, la dénutrition, et l'alimentation en général, sont des marqueurs sociaux des personnes âgées qui conditionnent fortement les politiques publiques. Le maintien d'une alimentation de qualité au sein de cette population est en effet le meilleur moyen de garantir son autonomie à domicile, et plus globalement, son intégration dans la société (contre une entrée en institution ; Cardon, 2015). Pour favoriser une bonne alimentation des personnes âgées, notamment celles vivant en autonomie à domicile, les pouvoirs publics ont mis en place diverses mesures d'accompagnement et de prévention de la dénutrition qui se déclinent en plusieurs catégories : la sensibilisation, l'aide alimentaire, et l'aide à domicile.

LA SENSIBILISATION

La Semaine Nationale de la Dénutrition a été organisée pour la première fois en France du 12 au 19 novembre 2020 dans l'objectif de mettre en avant les problématiques et les enjeux en termes de prévention et de lutte contre la dénutrition (en 2021, elle est prévue du 12 au 20 novembre), à destination des professionnels et des particuliers. Cette semaine nationale, organisée dans le cadre du PNNS, a réuni lors de sa première édition environ 3000 événements sur toute la France, 20 webinaires thématiques (Figure 5), et a été suivie par 350 partenaires, en dépit du contexte sanitaire contraignant.



Figure 5 : Webinaires organisés dans le cadre de la première édition de la Semaine Nationale de la Dénutrition du 12 au 19 novembre 2020.

Dans le cadre de cet évènement, les personnes âgées occupent une place à part entière en tant que groupe particulièrement vulnérable à la dénutrition, comme le démontre la tenue d'un webinaire dédié, par exemple. Les évènements organisés ou soutenus par AG2R LA MONDIALE au cours de cette semaine nationale permettent de faire un zoom sur des actions concrètement menées. Ces actions visaient à mettre en avant les acteurs de terrain et à donner la parole aux personnes qui œuvrent pour mieux comprendre et supprimer la dénutrition (Figure 6).

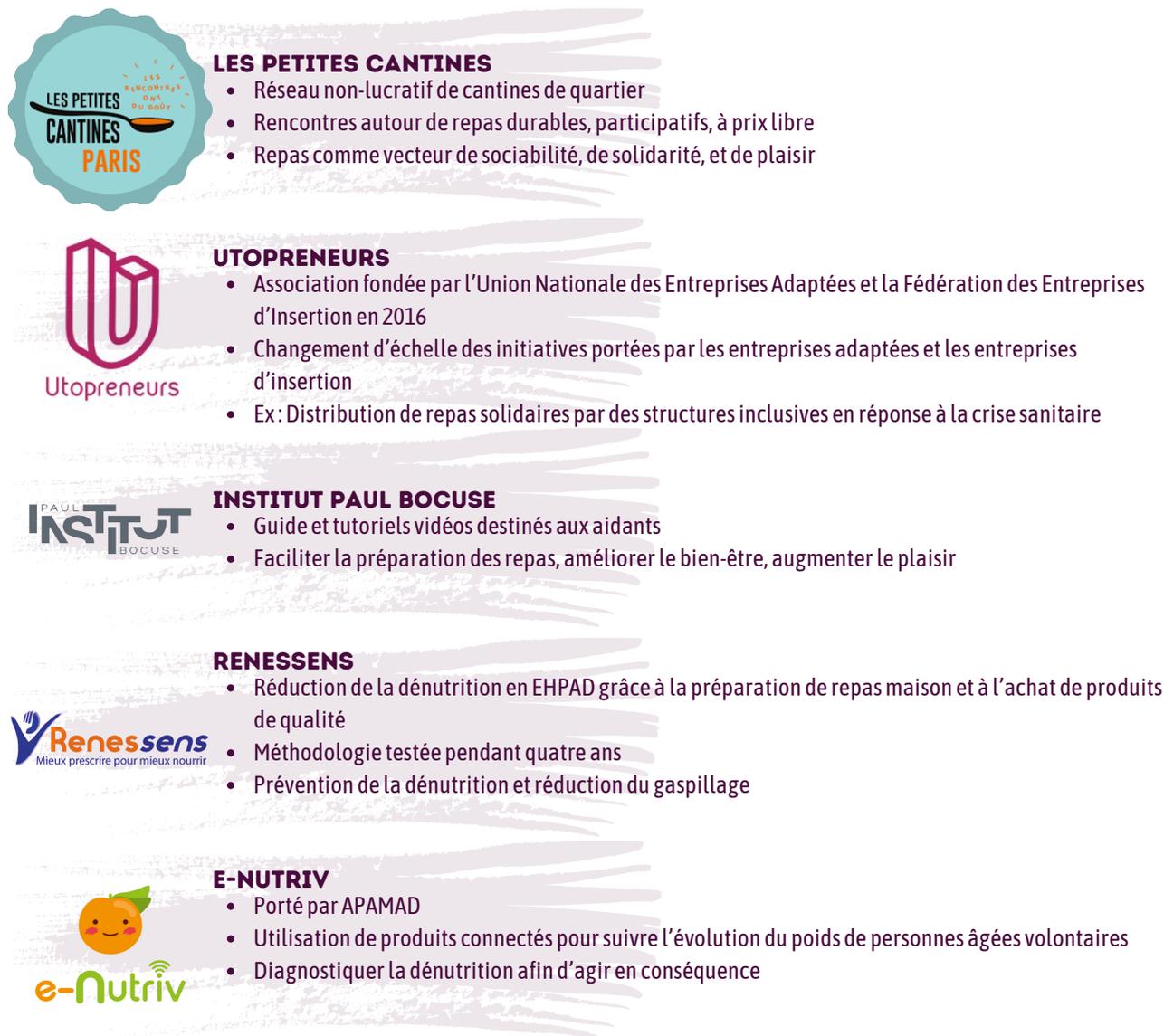


Figure 6 : Exemples d'actions soutenues par AG2R LA MONDIALE et mises en avant lors de la Semaine Nationale de la Dénutrition du 12 au 10 novembre 2020 [2]

[2]- <https://www.lespetitescantines.org>.
<https://utopreneurs.org>.
<https://en.institutpaulbocuse.com>.
<https://www.wikidependance.fr/renessens-previent-la-denuitration-du-senior-dependant/>.
<https://www.apamad.fr/e-nutriv-detecter-risques-de-denuitration-personnes-agees/>.

Lors d'évènements/d'actions de ce type, il s'agit d'interpeller les personnes âgées et les professionnels qui interviennent auprès d'elles à l'aide de messages qui mettent en avant le plaisir de manger, les arts gastronomiques, ou encore la tradition et les souvenirs, afin de rendre plus efficaces la promotion et la prévention alimentaires. Les actions de prévention liées à l'alimentation adaptée permettent également de stimuler les individus âgés cognitivement afin qu'ils soient actifs dans la démarche. On citera dans ce sens des actions telles que la Fête des Seniors organisée chaque année par la Ville de Vincennes ; celles faisant appel à la méthode du « théâtre-forum » telle que celle proposée par la Compagnie du Théâtre de l'Opprimé ; les jeux qui encouragent le dialogue intergénérationnel autour de l'alimentation tels que le Loto Gourmand ; les concours gastronomiques tels que le Silver Fourchette proposé par la FEHAP et le groupe SOS ; ou encore les challenges culinaires comme ceux de l'association Estagly qui se réalisent dans de nombreuses structures d'accueil de personnes âgées (...). En plus de leur intérêt en termes de sensibilisation, ce type d'action a l'avantage de favoriser la création de liens sociaux, qui sont, nous l'avons vu, un facteur déterminant dans l'alimentation des personnes âgées (Boulay & Lenoir, 2020).

L'AIDE ALIMENTAIRE

L'aide alimentaire peut être considérée, entre autres, comme un vecteur de lien social qui vient répondre de manière concrète à l'insécurité alimentaire. Aujourd'hui, environ 80 000 personnes sont concernées par cette aide en France, proposée par de nombreuses collectivités et associations locales. Les demandes d'aide alimentaire ont considérablement augmenté dans le contexte de la crise sanitaire. Par ailleurs, le recours à la livraison à domicile des repas est avant tout une question de revenus et d'âge (Fleury et al., 2021). Même si l'aide alimentaire peut apporter une réponse immédiate et concrète à l'insécurité alimentaire, elle peut être vécue par les individus qui en bénéficient comme une source de souffrance liée au processus d'homogénéisation réductrice par lequel ils se trouvent réduits au statut d'assistés. Autrement dit, l'aide alimentaire peut être stigmatisante en lien avec la notion de précarité. De plus, l'aide alimentaire doit être acceptée telle qu'elle est donnée, sans que celle-ci ne soit adaptée aux spécificités identitaires, sociales, ou culturelles de la personne, ce qui peut conduire certaines personnes qui auraient besoin d'une aide alimentaire à ne pas en faire la demande (Villet & Ngnafeu, 2020).

L'AIDE À DOMICILE

A l'exception de la sensibilisation et de l'aide alimentaire, les politiques publiques délèguent leurs missions aux aides à domicile, en vue notamment de garantir une bonne conformité entre le régime alimentaire des personnes âgées et les recommandations du PNNS. Les aides à domicile ont ainsi un rôle de prévention et de vigilance auprès des personnes âgées résidant à domicile, et doivent s'assurer d'une alimentation équilibrée et diversifiée, en plus de diagnostiquer et de prévenir les éventuels problèmes (Cardon, 2008, 2015). Cette vigilance peut comprendre, par exemple, une surveillance des dates de péremption ou de l'état du frigo (Boulay & Lenoir, 2020).

LES SOLUTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

Cette aide n'est pas toujours facile à apporter. D'un côté, elle doit garantir une alimentation de qualité chez les personnes âgées vivant à domicile, et de l'autre, elle doit aussi prendre en compte leurs attentes et leurs préférences, ce qui ne coïncide pas toujours avec les principes du « bien manger ». Dans ce sens, certaines personnes âgées refusent catégoriquement de modifier leurs habitudes alimentaires.

Enfin, on rappellera que l'aide à domicile apporte également des avantages pour ce qui est de favoriser le lien social, puisqu'elle permet aux personnes âgées d'avoir des interactions sociales lors des repas (Cardon, 2008).

Malheureusement, la formation des aides à domicile comprend rarement un apprentissage lié à la nutrition adaptée aux personnes âgées, ce qui est problématique tant ces professionnels sont au contact direct et fortement impliqués dans l'alimentation des seniors. Des formations à destination de ces professionnels existent mais manquent d'essaimage et parfois de visibilité (voir par exemple celles proposées par la Fondation i2ml [3]), et gagneraient donc à être davantage développées.



[3]- <https://www.i2ml.fr/nos-realizations/>.

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Grâce à une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, il est possible de prévenir certains problèmes de santé liés à l'âge. Si les principes nutritionnels généraux s'appliquent aux seniors, quelques adaptations sont néanmoins nécessaires à partir de 70 ans (Vidal, 2019). Dans tous les cas, il faut avant tout privilégier le plaisir pour que ces bonnes habitudes soient durables.

Ainsi, plusieurs stratégies peuvent être mises en place pour compenser une baisse d'appétit et ainsi éviter un état de dénutrition chez les personnes âgées.

Une nutrition équilibrée, variée, et adaptée est la principale stratégie pour maintenir une vie saine à travers l'alimentation. Les personnes âgées doivent porter une attention particulière aux apports énergétiques globaux (en moyenne, 2000kcal par jour), aux apports protéiques (que l'on trouve avant tout dans la viande, le poisson, les œufs, et les produits laitiers, ou encore les légumineuses, les céréales, les oléagineux), aux apports hydriques (l'idéal étant de boire l'équivalent d'un litre et demi d'eau par jour), et aux apports en calcium et en vitamine D (comme la consommation de produits laitiers deux à trois fois par jour ; PNNS, 2021).

Le vieillissement entraîne une diminution du goût, de l'odorat, de l'appétit, et de la sensation de soif, ce qui peut nuire au plaisir de manger. De plus, comme les capacités digestives sont aussi ralenties par le vieillissement, on observe chez les personnes âgées des sensations précoces et prolongées de satiété, ce qui contribue à la perte d'appétit, d'autant plus chez les personnes âgées souffrant de problèmes dentaires. En plus d'une diminution de la prise alimentaire, le vieillissement provoque également une altération des capacités masticatoires, une sarcopénie, et une diminution de l'absorption des nutriments dans la zone intestinale. De même, elle implique une baisse d'efficacité de l'organisme dans le métabolisme du calcium et de la vitamine D (entre autres), ce qui contribue également à la diminution de la couverture des besoins nutritionnels chez les personnes âgées. A cela s'ajoute une diminution de la masse maigre et donc une réduction de la quantité d'eau contenue dans le corps, ce qui peut conduire à une déshydratation. Ainsi, il convient de garantir un bon apport d'eau journalier pour protéger contre la déshydratation, en surveillant notamment les quantités consommées pour respecter les recommandations quotidiennes. Pour cela, un pichet d'eau peut être utile afin de visualiser l'eau consommée. Enfin, il convient de boire en dehors des repas pour ne pas couper la sensation de faim.

Dans tous les cas, l'avancée en âge nécessite des adaptations en termes d'alimentation de manière à apporter à l'organisme tout ce dont il a besoin pour conserver ses fonctions de mobilité, ses capacités fonctionnelles, et pour prévenir contre les pathologies qui peuvent accélérer le processus de vieillissement. Ces adaptations permettent aux personnes âgées de rester autonomes à domicile pendant plus longtemps, mais elles ne sont pas toujours faciles à mettre en place sans accompagnement.

[3]- <https://www.i2ml.fr/nos-realisations/>.

DES PROTÉINES POUR CONSERVER SES MUSCLES

Le maintien d'une musculature tonique permet de préserver son autonomie et d'éviter les chutes. Une plus grande quantité de protéines est donc nécessaire pour préserver le capital musculaire. Les acides aminés apportés par l'alimentation sont de puissants stimulateurs de la synthèse protéique. Chez les seniors, les besoins en protéines sont accrus. Leur organisme a besoin chaque jour d'au moins un gramme par kilo de poids de corps. Afin d'obtenir une alimentation équilibrée et complète en acides aminés, il faut donc associer différentes sources de protéines.

Les aliments riches en protéines sont, par exemple, les œufs, la viande, le poisson, le fromage, les yaourts et le lait. Toutefois, l'association des légumineuses et des céréales contribue également à l'apport en protéines et permet de couvrir les besoins en acides aminés dont nous avons besoin chaque jour. Il est conseillé de diversifier au maximum les sources de protéines afin de tendre vers un rapport de 50% de protéines animales, et 50% de protéines végétales.

DU CALCIUM ET DE LA VITAMINE D POUR DES OS PLUS SOLIDES

La prévention de l'ostéoporose se fait grâce à des mesures simples :

- Alimentation riche en calcium (au moins 950 mg par jour pour les adultes de plus de 25 ans) et en vitamine D ;
- Exposition régulière et prudente au soleil à la belle saison (une demi-heure par jour bras nus) ;
- Pratique d'une activité physique adaptée ;
- Vivre sans tabac (le tabac est un facteur de risque important pour l'ostéoporose).

Des compléments de vitamine D sont souvent prescrits aux seniors, en particulier aux personnes immobilisées ou qui sortent peu.

Quant aux besoins en calcium, on peut habituellement les satisfaire par une consommation régulière de produits laitiers, de poissons gras (en particulier les sardines), des fruits oléagineux (amandes, noix, sésame, etc.), de fruits secs, de fruits et de légumes frais, et d'eaux riches en ce minéral (Hépar, Courmayeur, Contrex, Salvetat, ...).

DES ADAPTATIONS POUR ÉVITER LES PROBLÈMES INTESTINAUX

Chez les seniors, les troubles du transit sont assez fréquents. Afin de les éviter, il est important de veiller à l'équilibre entre les apports en fibres solubles (fruits et légumes) et insolubles (complètes, légumineuses) qui équilibrent le transit et nourrissent le microbiote intestinal. De plus, pour éviter la constipation, il convient de veiller à boire régulièrement au cours de la journée, sans attendre d'avoir soif, que ce soit de l'eau ou du thé, des tisanes, des bouillons de légumes. On notera que la sensation de soif diminue avec l'âge et que les seniors sont souvent déshydratés.

FRACTIONNER SES REPAS SELON SON APPÉTIT

Les portions de chaque repas doivent être adaptées à l'appétit de chacun : il ne sert à rien de se forcer à absorber de grandes quantités de nourriture, mieux vaut répartir l'apport tout au long de la journée. Au moins trois repas par jour et un goûter, voire une collation à 10 heures lorsqu'on est un petit mangeur.

RETROUVER LE PLAISIR DE MANGER

Le temps des repas doit constituer un moment privilégié et essentiel de plaisir, de sociabilité et de convivialité en particulier pour les personnes âgées. La notion de plaisir doit guider les pratiques et les comportements. Le repas doit être valorisé et intégré dans chaque projet de vie et chaque personne doit être prise en charge avec ses particularités relevant de son histoire personnelle. L'intervention nutritionnelle doit dans ce sens être systématique, précoce, continue, et individualisée. Quelle que soit la nature de l'intervention, les notions de plaisir et de convivialité doivent être mises au cœur de la démarche. En effet, le fait de se nourrir s'inscrit forcément dans un schéma affectif qui mobilise nos expériences d'apprentissage gustatif, nos préférences et nos goûts, nos souvenirs et notre bien-être (Edfors & Westergren, 2012). Par conséquent, des recommandations nutritionnelles seules ne suffisent pas à encourager les personnes à manger et encore moins à adopter une alimentation saine et équilibrée ; elles doivent également éprouver du plaisir en mangeant et vivre le repas comme un moment agréable. Les couleurs, les textures, le manger-main, l'enrichissement, la cuisson, les épices et aromates, le dressage, le positionnement de la personne âgée à table, le bruit de fond sont autant de solutions, efficaces et accessibles, pour maintenir le plaisir de manger.

ACCOMPAGNER LE CHANGEMENT D'HABITUDES ALIMENTAIRES

Le cadre de vie, le parcours de vie, et l'expérience du vieillissement ont un impact sur les habitudes alimentaires et leurs évolutions. Les transformations de l'alimentation mettent en jeu l'identité individuelle et sociale, et constituent ainsi un enjeu majeur dans la problématique du « bien vieillir » (Cardon, 2010). En d'autres termes, les pathologies et les changements liés au vieillissement impactent considérablement l'alimentation des individus concernés, qui peuvent alors délaisser certains aliments qui ont jusqu'alors fait partie de leur mémoire et de leur vécu personnel.

Cette évolution des besoins alimentaires des personnes âgées, et les adaptations qu'elle implique, peut nécessiter un accompagnement, voire des interventions pour favoriser l'adoption d'un régime alimentaire adapté, et cela d'autant plus chez les personnes âgées vivant à domicile et qui restent seules responsables de leurs pratiques alimentaires.

Les travaux précurseurs de Kurt Lewin en psychologie sociale (Lewin, 1943, 1947) peuvent fournir des pistes intéressantes pour l'accompagnement à l'adaptation des pratiques alimentaires des personnes âgées.

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Pour lui, le changement comportemental repose sur un champ de forces en équilibre quasi-stationnaire, ce qui se caractérise par un état de non-changement social. Autrement dit, un état de non-changement social relève de forces opposées ou égales s'exerçant sur un comportement, empêchant son évolution (Figure 7).

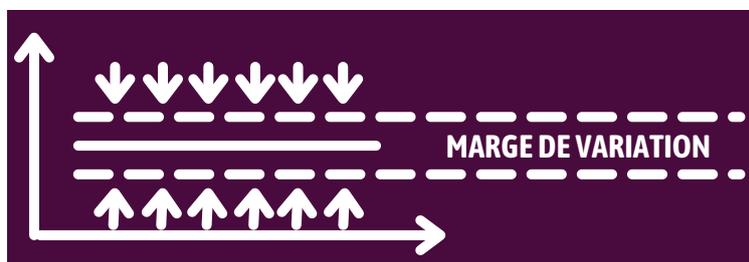


Figure 7 : Théorie des équilibres quasi-stationnaires (Lewin, 1943, 1947)

Dans ce modèle de l'équilibre quasi-stationnaire, la conformité au groupe est un élément de la résistance au changement manié au service du changement. Ainsi, la marge de variation correspond à une résistance au changement, comme celle que l'on peut parfois rencontrer chez les personnes âgées pour qui les besoins alimentaires et nutritionnels évoluent. Pour qu'un changement durable ait lieu, la force de l'une des deux forces en opposition doit augmenter de manière à dépasser la marge de variation. En effet, au sein de cette marge, les changements comportementaux ne sont pas durables. Il serait donc possible de modifier une conduite sociale, soit en augmentant l'une des deux forces dans la direction souhaitée, soit en diminuant la force antagoniste. Augmenter une force aurait pour effet d'augmenter l'état de tension du groupe, et diminuer la force antagoniste réduirait l'état de tension autour du changement. Dans une étude sur la consommation d'abats de viande dans un contexte de pénurie alimentaire liée à la guerre, Lewin a mis en application sa théorie en comparant une situation individuelle à une situation de discussion de groupe. Dans la condition individuelle, les participantes (des ménagères américaines bénévoles à la Croix Rouge) se voyaient présenter un exposé sur les bienfaits des abats de viande et les manières de les préparer. Dans la condition de groupe, les ménagères assistaient au même exposé que dans la condition individuelle, mais elles étaient ensuite invitées à discuter entre elles de ces mêmes questions. On observe alors 3% de changement effectif dans la condition individuelle, et 32% dans la condition de groupe. D'autres auteurs ont par la suite répliqué ces travaux dans d'autres domaines (Bavelas, 1948 ; Coch & French, 1948 ; Levine & Butler, 1953 ; Mann, 1953 ; Rice, 1958), et ont conclu que les décisions groupales engagent plus à l'action que les décisions individuelles car les membres du reste du groupe y adhèrent également.

DÉVELOPPER DE NOUVEAUX OUTILS DE DIAGNOSTIC DE LA DÉNUTRITION

Il semble essentiel de davantage développer et de déployer les outils de détection de la dénutrition, notamment en vue de protéger les personnes âgées contre l'apparition de problèmes de santé plus graves, et en attachant une importance particulière à la fidélité statistique des mesures.

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Par ailleurs, l'intégration des personnes âgées dans l'identification d'indicateurs de la dénutrition qui leur sont adaptés permettrait le développement d'outils spécifiquement destinés aux personnes âgées, de même que l'adaptation des modes de recueil aux difficultés singulières que peut rencontrer cette population en répondant à un questionnaire. De plus, les outils disponibles ne sont pas tous validés en langue française, et un travail de validation dans ce sens permettrait de diversifier l'offre d'outils de diagnostic de la dénutrition en France. Le développement d'un outil sur la base des profils alimentaires identifiés par Maître et ses collaborateurs (Maître et al., 2021 ; Figure 4) semble particulièrement prometteur pour une évaluation de l'état nutritionnel des individus.

FAVORISER L'ACCESSIBILITÉ ET L'ADAPTATION DES LIEUX D'APPROVISIONNEMENT

Même si les apports nutritionnels et la diversité des aliments sont des facteurs clés d'une bonne alimentation, l'importance du lieu d'approvisionnement ne doit pas être sous-estimée. Plusieurs solutions peuvent dans ce sens être envisagées en fonction des situations pour garantir l'accès aux lieux d'approvisionnement pour les personnes âgées (Ferry et al., 2002) :

- Favoriser les aides ponctuelles plus humaines (de proximité) ;
- Préserver les commerces de proximité (en particulier dans les petites villes et villages), qui sont souvent la seule source d'approvisionnement des personnes âgées vivant en autonomie à domicile. Par conséquent, les collectivités territoriales ont un rôle important à jouer dans leur maintien (CNA, 2005) ;
- Développer l'offre de livraison gratuite à domicile, en accordant une attention particulière à l'appropriation de ce service par les personnes âgées et à maintenir un lien social (actuellement, les jeunes actifs font davantage appel à la livraison à domicile que les personnes âgées ; Caza, 2020) ;
- Dans les supermarchés, mettre en place des services d'aide, à l'instar des États-Unis qui font appel à des étudiants dans certains magasins pour aider les personnes âgées à porter les charges trop lourdes ;
- Éviter de disposer les rayons trop en hauteur dans les magasins, et s'assurer de la lisibilité et de la clarté des indications sur les produits pour les personnes âgées ;
- Prévoir des conditionnements moins importants pour permettre les achats par les personnes seules ;
- Favoriser les repas collectifs pour créer des interactions sociales lors des repas et promouvoir le lien social. Dans ce sens, les personnes âgées peuvent interagir avec leurs pairs de manière à encourager une bonne alimentation et à promouvoir des habitudes saines (Sarkar et al., 2020). Plus globalement, les effets néfastes de la solitude sur l'apport alimentaire (entre autres) sont connus chez les personnes âgées en situation de fragilité physique ou psychique, là où les personnes indépendantes souffrent moins de déficits nutritionnels car elles sont capables de maintenir une vie sociale en dehors de la maison, à condition de ne pas subir un événement imprévu tel qu'une chute (Ferry et al., 2002).

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Dans l'accès aux aliments, on observe également des différences selon la région d'habitation des individus qui s'explique par la composition sociale, culturelle, ou agricole variable selon les territoires, et qui est à l'origine des traditions et des produits (Gojard & Lhuissier, 2003). Dans ce sens, les habitants du nord et de l'est de la France présentent une diversité alimentaire moindre et une consommation de charcuterie plus importante par rapport aux autres zones de France ; les habitants de la Méditerranée consomment plus de pâtes, de farine, et de fruits/légumes frais; et les habitants de l'ouest consomment plus de poisson.

Au-delà de l'accès même aux lieux d'approvisionnement, certaines personnes âgées expriment également des difficultés dans la navigation de ces lieux lorsqu'elles parviennent à s'y rendre.

L'environnement « commercial » est alors éprouvé comme étant anxiogène, et les individus âgés sont amenés à mettre en place des stratégies de coping [4] pour y faire face (Kohijoki, 2011).

Il s'agit, par exemple, de faciliter le décodage des étiquettes alimentaires par les personnes âgées. Les étiquettes alimentaires facilitent l'achat de produits de qualité, mais leur compréhension et leur lisibilité sont souvent décrites par les personnes âgées comme étant difficiles. En 2017, un rapport du comité scientifique mis en place par la Direction générale de la santé début 2016, a établi que le Nutri-score est évalué par les Français comme étant le logo le plus efficace et lisible pour guider leurs choix de consommation (Figure 8).



Figure 8 : Nutri-score – notation des produits alimentaires sur la base des aliments à favoriser et ceux à limiter sur le plan nutritionnel

Cette méthode de notation des produits alimentaires sur la base de leur qualité nutritionnelle est présentée par code couleur de manière visible, et attribue une note de A (excellente qualité nutritionnelle) à E (qualité nutritionnelle très faible) aux produits, en fonction de leurs spécificités (méthode de calcul adaptée pour certaines familles d'aliments telles que les matières grasses ajoutées). Elle permet alors de comparer facilement les produits d'un même rayon, de différentes marques, et d'apprécier leur équilibre dans le cadre d'un repas complet. Cependant, ce dispositif a ses limites. En effet, plusieurs paramètres pourtant importants ne sont pas pris en compte tels que l'origine et la qualité des ingrédients ainsi que la présence d'additif et le degré de transformation du produit.

D'autres systèmes de notation existent tels que la classification nova ou siga, qui se basent principalement sur le degré de transformation et sur la présence d'additifs et d'ingrédients industriels (Figure 9).

[4]- Le coping correspond aux stratégies cognitives et/ou comportementales que nous mettons en place pour faire face à un événement stressant ou difficile.

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

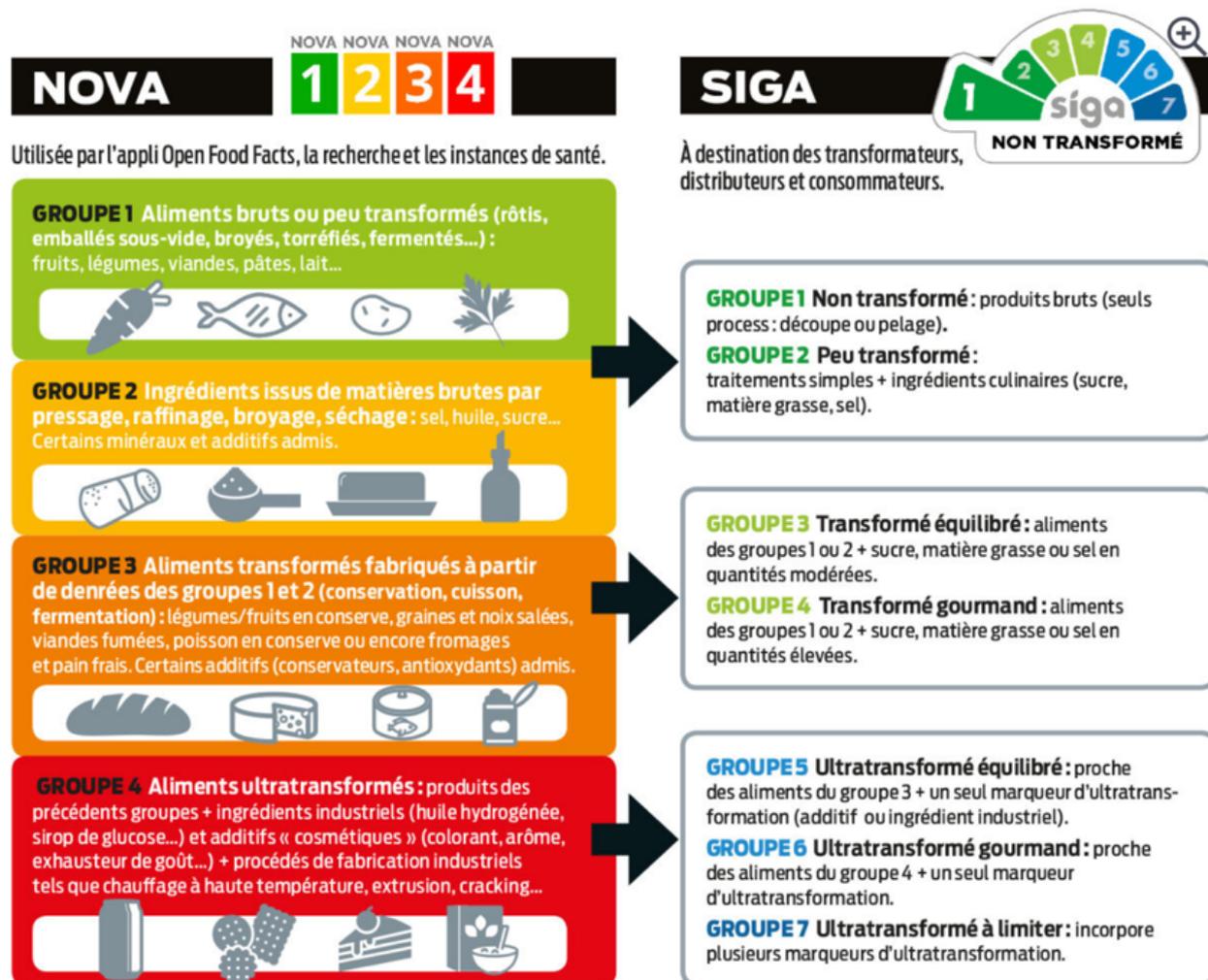


Figure 9 : Étiquette pour le décryptage des aliments ultra-transformés

Ailleurs qu'en France, certains pays ont adopté une autre méthode de notation de la qualité nutritionnelle des aliments pour guider les consommateurs, appelée « Nutri-couleurs » (Figure 10).

MED	LOW	MED	HIGH	MED
Calories	Sugar	Fat	Sat Fat	Salt
353	0.9g	20.3g	10.8g	1.1g
18%	1%	29%	54%	18%

Figure 10 : Étiquette alimentaire « Nutri-couleurs » développée par la Food Standards Agency (États-Unis)

Ici, plutôt qu'une évaluation globale de la qualité nutritionnelle des aliments, cette méthode de notation développée par la Food Standards Agency (États-Unis) reprend le même principe de code couleur que le Nutri-score, mais y ajoute une notation différenciée des teneurs en calories, en sucre, en graisses, en graisses saturées, et en sel, sur la base des apports journaliers recommandés exprimés sous forme de pourcentages (pour une portion de 100g). Selon l'ANSES, cette méthode de notation ne permettrait pas aux consommateurs d'identifier les aliments à l'origine du déséquilibre d'un produit, et elle ne serait pas adaptable à la variabilité des populations.

CONCLUSION - PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

Enfin, on citera l'utilisation possible du système SENS (Système d'Étiquetage Nutritionnel Simplifié ; Figure 11), proposé par la grande distribution à travers la FCD (Fédération du Commerce et de la Distribution). Il repose quant à lui sur une classification en quatre couleurs des aliments sur la base de leur fréquence de consommation recommandée et en fonction de leurs qualités nutritionnelles.



Figure 11 : Système SENS pour l'étiquetage alimentaire proposé par la Fédération du Commerce et de la Distribution

Peu importe la méthode de notation utilisée, la capacité à lire et à comprendre les étiquettes alimentaires semble avant tout déterminée par le contexte socioculturel des individus (ANSES, 2017).



Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. (2006). *Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé. Programme National Nutrition Santé*. https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_plus55ans_personnes_agee_s-2.pdf.

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (2017). *Avis de l'ANSES relatif à l'analyse de la pertinence en matière de nutrition de systèmes d'information nutritionnelle destinée au consommateur*. ANSES. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2016SA0017.pdf>.

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (2019). *Les protéines Définition, rôle dans l'organisme, sources alimentaires*. <https://www.anses.fr/fr/content/les-protéines>

Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail. (2002). *Les fibres alimentaires : définitions, méthodes de dosage, allégations nutritionnelles. Rapport du comité d'experts spécialisé Nutrition humaine*. <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ra-Fibres.pdf>

Amrouche, R. (2021). *Les légumineuses sont une solution d'avenir pour l'alimentation*. https://genie-alimentaire.com/spip.php?article317#outil_sommaire_11.

Axelson, M. L., & Penfield, M. P. (1983). Food- and nutrition-related attitudes of elderly persons living alone. *Journal of Nutrition Education*, 15(1), 23-27. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(83\)80101-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(83)80101-0).

Barth, I., & Anteblian, B. (2010). Seniors, grande distribution et courses ordinaires. *Gérontologie et société*, 4(4), 83-113. <https://doi.org/10.3917/g.s.135.0083>.

Bavelas, A. (1948). A mathematical model for group structures. *Applied Anthropology*, 7, 16-30.

Bellisle, F. (1996). Le "goût de" et le "goût pour" chez les personnes âgées. *Cahiers de Nutrition et de Diététique*, 31(3), 171-176.

Benattar, L., & Lemoine, P. (2009). *La vie Alzheimer*. Armand Colin.

Bert, E., & Bodineau-Mobarak, A. (2010). Importance de l'état bucco-dentaire dans l'alimentation des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 3(3), 73-86. <https://doi.org/10.3917/g.s.134.0073>.

Bofill, S. (2004). Aging and loneliness in Catalonia: the social dimension of food behavior. *Ageing International*, 29, 385-398. <https://doi.org/10.1007/s12126-004-1006-3>.

Botella, C. (2021). *Thèse Les protéines végétales : intérêts et limites*. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/document>

Boulay, M., & Lenoir, F. (2020). L'alimentation, un enjeu transversal. *Regards*, 1(1), 165-173. <https://doi.org/10.3917/regar.057.0165>.

Bourdier, L. (2017). *Affectivité et alimentation : étude de leurs liens au travers des concepts d'alimentation émotionnelle et d'addiction à l'alimentation*. [Thèse de doctorat, École Doctorale ED 139 - Connaissance, Langage, Modélisation]. Inserm. <https://bdr.parisnanterre.fr/theses/internet/2017/2017PA100142/2017PA100142.pdf>.

Brownie, S. (2006). Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency? *International Journal of Nursing Practice*, 12(2), 110-118. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x>.

Butler, R.N. (1997). Population aging and health. *BMJ*, 315, 1082-1084. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1082>.

Cabrera, M. A. S., Mesas, A. E., Garcia, A. R. L., & de Andrade, S. M. (2007). Malnutrition and depression among community-dwelling elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 582-584. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.07.008>.

Cardon, P. (2008). Vieillesse et alimentation : les effets de la prise en charge à domicile. *INRA Sciences Sociales* (2),1-4. <https://doi.org/10.1016/j.inras.2008.01.001>.

Cardon, P. (2010). Regard sociologique sur les pratiques alimentaires des personnes âgées vivant à domicile. *Gérontologie et société*, 3(3), 31-42. <https://doi.org/10.3917/ges.134.0031>.

Cardon, P. (2015). Gouverner de l'intérieur. *Questions de communication*, 27. [En ligne] <https://doi.org/10.4000/questionsdecommunication.9692>.

Casale-Martinez, R. I., Navarrete-Reyes, A. P., & Avila-Funes, J. A. (2012). Social determinants of frailty in elderly Mexican community-dwelling adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 800-802. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03893.x>.

Casanova, L. S., Manas, R. J., Aznar, L. T., Valero, P. C., Fantova, C. A., & Lopes, M. I. (2020). Physical activity and psychosocial status in non-dependent elderly. *Semergen*, 46(4), 244-253. <https://doi.org/10.1016/j.semereg.2019.10.010>.

Caza, P.-E. (2020). Les aînés à l'épicerie. *Actualités UQAM*, 17 février. <https://www.actualites.uqam.ca/2020/les-aines-epicerie-modes-de-transport>.

Charbonnier, E., Gonçalves, A., & Valette, A. (2021, 4 Mars). *Le plaisir de repas à tout âge*. [Visioconférence] Silver Fourchette, Happy Visio. https://www.youtube.com/watch?v=5YpZ9dofP18&ab_channel=HAPPYVISIO.

Chen, C. C. -H., Schilling, L. S., & Lyder, C. H. (2008). A concept analysis of malnutrition in the elderly. *JAN – Leading Global Nursing Research*, 36(1), 131-142. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01950.x>.

- Coch, L., & French, J. R. P. (1948). Overcoming resistance to change. *Human Relations*, 11, 512-535.
- Conseil National de l'Alimentation. (2005). *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques*. Ministère de l'Agriculture, de la Santé et Consommation. https://agriculture.gouv.fr/sites/minagri/files/documents/pdf/avis_cna_53.pdf.
- Corabio, DRAAF Auvergne-Rhône-Alpes (s.d.). *Céréales et légumes secs de retour dans nos assiettes*. <https://draaf.auvergne-rhone-alpes.agriculture.gouv.fr/Cereales-legumes-secs>.
- Craes-Crips Rhône-Alpes. (2006). *Synthèse documentaire développée dans le cadre du programme « Mieux se nourrir, mieux vivre quand on avance en âge »*. <https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/CraesCrips.pdf>.
- Crédoc (2005). Dossier de presse (Comportements alimentaires des séniors). <https://www.credoc.fr/publications/les-comportements-alimentaires-des-seniors-1>.
- Debray, M. (2004). *Les conséquences de la malnutrition. Troubles nutritionnels du sujet âgé*. <http://www.sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/geria/sdgeria/61/leconimprim.pdf>.
- Dupuy, C., & Gillette-Guyonnet, S. (2010). Le rôle de la vitamine D dans la nutrition des sujets âgés. *Gérontologie et Société*, 33(134), 189-206. <https://doi.org/10.3917/gs.134.0189>.
- Dury-Dargaud, M. (2020). *Le dépistage de la dénutrition de la personne âgée en médecine générale : sensibilité de l'outil SEFI. Médecine Humaine et Pathologie*. [Mémoire, Université Grenoble Alpes]. <https://doi.org/dumas-02863850>.
- Edfors, E., & Westergren, A. (2012). Home-living elderly people's views on food and meals. *Journal of Aging Research*: 761291. <https://doi.org/10.1155/2012/761291>.
- Evans, C. (2005). Malnutrition in the elderly: a multifactorial failure to thrive. *The Permanente Journal*, 9(3), 38-41. <https://dx.doi.org/10.7812%2Ftpp%2F05-056>.
- Exton-Smith, A.N. (1980). Nutritional status : diagnosis and prevention of malnutrition. In F.I. Caird, *Metabolic and nutritional disorders in the elderly*.
- Ferry, M. (2013). *Mieux manger pour mieux vieillir : une stratégie gagnante. Fonds Français Alimentation et Santé*. Petit-déjeuner presse. <http://www.alimentation-sante.org/wp-content/uploads/2013/10/DP-17102013.pdf>.
- Ferry, M., Mischlich, D., Alix, E., Brocker, P., Constans, T., Lesourd, B., Pfitzenmeyer, P., & Vellas, B. (2012). *Nutrition de la personne âgée : aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux*, 4ème édition. Elsevier Masson.

Ferry, M., Mischis, C., Sidobre, B., Lambertin, A., & Barberger-Gateau, P. (2002). *Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile*. Manger bouger. <https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/EtudeSolinut.pdf>.

Fleury, S. (2017). *Vielleissement et comportement alimentaire: impact de la santé orale des personnes âgées sur leurs prises alimentaires et leurs apports en nutriments* [Mémoire, Université de Rennes]. Creative Commons. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630936/document>.

Fleury, S., Sulmont-Rossé, C., Tronchon, P., Roux, S., & Wymelbeke-Delannoy, V. (2021). Le portage de repas à domicile : processus d'installation et d'appropriation de ce service par les personnes âgées en perte d'autonomie. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 35(2), 107-115. <https://doi.org/10.1016/j.nupar.2020.10.004>.

Fontijn-Tekamp, F.A., Van't Hof, M.A., & Slagter, A.P. (1993). The state of dentition in relation to nutrition in elderly Europeans in the SENECA study of 1993. *European Journal of Clinical Nutrition*, 50, 117-122.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G., & McBurnie, M. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), 146-157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.

GEM-RCN. (2015). *Recommandation nutrition*. https://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/nutrition.pdf.

Gojard, S., & Lhuissier, A. (2003). Monotonie ou diversité de l'alimentation : les effets du vieillissement. *INRA Sciences Sociales*, 2002(5). <https://doi.org/10.22004/ag.econ.128482>.

Guigoz, Y., Lauque, S., & Vellas, B.J. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition: the mini nutritional assessment. *Clinics in Geriatric Medicine*, 18(4), 737-757. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(02\)00059-9](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(02)00059-9).

Haute autorité de santé. (2020). *Note de cadrage : Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco368_cadrage_has_ffn_denutrition_pa_2020_03_19_vpost_coi.pdf.

Haute autorité de santé. (2007). *Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf

Herne, S. (1995). Research on food choice and nutritional status in elderly people: a review. *British Food Journal*, 97(9), 12-29. <https://doi.org/10.1108/00070709510100136>.

Institut National de Recherche pour l'Agriculture, l'Alimentation et l'Environnement. (2019). *Dossier de presse. Les racines d'une alimentation durable : quand les protéines végétales s'invitent à table.* <https://www.inrae.fr/actualites/racines-dune-alimentation-durable-quand-protéines-vegetales-sinvitent-table>.

Institut National de Recherche pour l'Agriculture, l'Alimentation et l'Environnement. (2021). *Les séniors, une catégorie de « mangeurs » hétérogène.* <https://www.inrae.fr/actualites/seniors-categorie-mangeurs-heterogene>.

Johansson, L., Hickson, M., & Brown, E. A. (2013). Influence of psychosocial factors on the energy and protein intake of older people on dialysis. *Journal of Renal Nutrition*, 23(5), 348-355. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2013.02.009>.

Johnson, C. S. J. (2005). Psychosocial correlates of nutrition risk in older adults. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 55(2), 95-97. <https://doi.org/10.3148/66.2.2005.95>.

Khaw, K. T. (1997). Healthy Ageing. *BMJ*, 315 : 1090. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7115.1090>.

Kim, B., Lee, G., Seo, Y., Seo, A., Kim, M., Seo, S., & Park, K. S. (2020). Nutrition and psychosocial factors were associated with possible sarcopenia according to AWGS 2019. *Research Square preprint*, 27th April. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-22960/v1>.

Kohojoki, A. -M. (2011). The effect of aging on consumer disadvantage in grocery retail services among the Finnish elderly. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18(4), 370-377. <https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2011.04.003>.

Lamy, M., Mojon, P., Kalykakis, G., et al. (1999). Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry*, 27(6), 443-448. [https://doi.org/10.1016/s0300-5712\(99\)00002-0](https://doi.org/10.1016/s0300-5712(99)00002-0).

Lee, J. S., & Frongillo, J. A. Jr. (2001). Factors associated with food insecurity among US elderly persons: importance of functional impairments. *The Journals of Gerontology: Series B*, 56(2), 94-99. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.2.S94>.

Levine, J., & Butler, J. (1953). Lecture v. group discussion in changing behavior. *Journal of Applied Psychology*, 36, 29-33.

Lewin, K. (1943). *Forces behind food habits and methods of change.* Report of the Committee on Food Habits. National Academy of Sciences.

Lewin, K. (1947). Group decision and social change. In T. Newcomb and E. Hartley (Eds.), *Readings in Social Psychology*. Holt.

Lizaka, S., Tadaka, E., & Sanada, H. (2008). Comprehensive assessment of nutrition status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. *Geriatrics & Gerontology*, 8(1), 24-31. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2008.00443.x>.

Lizumi, H. & Amemiya, T. (1986). Eleven-year follow-up of changes in individuals' food consumption patterns. *Internal Journal of Vitamin and Nutrition Research*, 56, 399-409.

Luomala, H. T., Sirieix, L., & Tahir, R. (2007). Quelles pratiques alimentaires associées à des émotions positives ou négatives? Une étude exploratoire en Finlande, France et au Pakistan. Actes du XXIIIème Congrès International de l'AFM [Conférence], Aix-les-Bains. https://www.afm-marketing.org/fr/system/files/publications/s07_sirieixl39_1.pdf.

Maître, I., Sulmont-Rossé, C., Wymelbeke, V., Cariou, V., Bailly, N., Ferrandi, J.-M., Salle, A., Cardon, P., Amand, M., Manckoundia, P., Symoneaux, R., Issanchou, S., & Vigneau, E. (2021). Food perception, lifestyle, nutritional and health status in older people: Typologies and factors associated with aging well. *Appetite*, 164. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105223>.

Mann, F. C. (1953). Studying and creating change: A means to understanding social organization. In: H. Hornstein, B. B. Bunker, W. W. Burke, M. Gindes, & R. J. Lewicki, *Social Intervention: A behavioural science approach*. Free Press.

Masson, A. (2000). *Les modifications des perceptions sensorielles chez les seniors*. Symposium « Nutrition et alimentation de la personne âgée ». Institut Danone. <http://www.danoneinstitute.be/files/pdf/symposium/persagee/masson.pdf>.

Matheson, D. M., Woolcott, D. M., Matthews, A. M., & Roth, V. (1991). Evaluation of a theoretical model predicting self-efficacy toward nutrition behaviours in the elderly. *Journal of Nutrition Education*, 23(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/S0022-3182\(12\)80447-X](https://doi.org/10.1016/S0022-3182(12)80447-X).

Ministère de l'agriculture et de l'environnement (2020). *Dossier de presse La stratégie nationale protéines végétales*. <https://agriculture.gouv.fr/dossier-de-presse-la-strategie-nationale-proteines-vegetales>.

Mobarhan, S., & Trumbore, L. S. (1991). Nutrition problems of the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7(2), 191-214. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30547-0](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30547-0).

Mowé, M., & Bohmer, T. (1996). Nutrition problems among home-living elderly people may lead to disease and hospitalization. *Nutrition Review*, 54(1/2), 22-24. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1996.tb03782.x>.

Mowé, M., Bohmer, T., Kindt, E. (1994). Reduced nutritional status in an elderly population (> 70 y) is probable before disease and possibly contributed to the development of disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 59, 317-324. <https://doi.org/10.1093/ajcn/59.2.317>.

Murphy, C. (1993). Nutrition and chemosensory perception in the elderly. *Critical Review of Food Science and Nutrition*, 33, 3-15. <https://doi.org/10.1080/10408399309527607>.

Ng, T. P., Broakman, B. F. P., Niti, M., Gwee, X., Kua, E. H. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(5), 407-416. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819a808e>.

Paramita, D. P., Adiatmika, I., Kuswardhani, T. I., Mustika, I. W. (2018). Physiological and psychosocial change and the need of health intervention model for the elderly. *International Journal of Health Sciences*, 2(2), 61-67. <https://dx.doi.org/10.29332/ijhs.v2n2.160>.

Payette, H., Gray-Donald, K., Cyr, R., et al. (1995). Predictors of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. *American Journal of Public Health*, 85, 677-683. <https://doi.org/10.2105/ajph.85.5.677>.

PNNS. (2006). *Guide nutrition à partir de 55 ans – Guide nutrition pour les aidants des personnes âgées*. Livret d'accompagnement destiné aux professionnels de santé, p. 66-67. https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_plus55ans_personnes_agees-2.pdf.

PNNS. (2021). *Manger mieux à tout âge*. Manger Bouger. <https://www.mangerbouger.fr/Manger-mieux/Manger-mieux-a-tout-age/Seniors#:~:text=Couvrir%20les%20besoins%20nutritionnels%20permet,c%C3%B4t%C3%A9%20pour%20rester%20en%20forme>.

Pouyet, V., Giboreau, A., Cuvelier, G., Benattar, L. (2013). Perception, préférences et consommation alimentaires chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. *Cliniques*, 6, 217-232. <https://doi.org/10.3917/clini.006.0216>.

Prêcheur, I., & Philip, J.-L. (2020). Comment améliorer la perception du goût chez les personnes âgées ? *Revue de Gériatrie*, 45(1), 21-29. http://www.revuedegeriatrie.fr/lespdf/2020_45_21-29.pdf.

Que choisir. (2020). *Aliments ultratransformés - Nova et Siga : deux classifications pour évaluer le niveau de transformation*. <https://www.quechoisir.org/decryptage-aliments-ultratransformes-nova-et-siga-deux-classifications-pour-evaluer-le-niveau-de-transformation-n78543/>.

Rice, A. K. (1958). *Productivity and Social Organisation : The Ahmedabad Experiment*. Tavistock Publications. Garland.

Robbins, L. J. (1989). Evaluation of weight loss in the elderly. *Geriatrics*, 44(4), 31-34.

Rudman, D. (1989). Nutrition and fitness in elderly people. *American Journal of Clinical Nutrition*, 49, 1090-1098. <https://doi.org/10.1093/ajcn/49.5.1090>.

Sahyoun, N. R. (2002). Nutrition education for the healthy elderly population: isn't it time? *Journal of Nutrition Education and Behaviour*, 34(1), 42-47. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60310-2](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60310-2).

Sarkar, A., Traverso-Yeppez, M., & Gadag, V. (2020). Food insecurity among single parents and seniors : a case study in an urban population in Canada. *Canadian Studies in Population*, 47, 263-277. <https://doi.org/10.1007/s42650-020-00037-5>.

Schiffman, S.S. (1997). Taste and smell losses in normal aging and disease. *Journal of the American Medical Association*, 278(16), 1357-1362. <https://doi:10.1001/jama.1997.03550160077042>.

Trichopoulou, A. (2007). Traditional Mediterranean diet and longevity in the elderly: a review. *Public Health Nutrition*, 7(7), 943-947. <https://doi.org/10.1079/PHN2004558>.

Vellas, B., & Guigoz, Y. (1995). Nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. In D. Wieland, *Geriatric assessment technology : state of the art*, pp. 179-194. Kurtiz Publishing Company.

Vidal. (2019). *Pourquoi les personnes âgées mangent-elles moins bien ?* <https://www.vidal.fr/sante/nutrition/equilibre-alimentaire-senior/raisons-seniors-manger-mal.html>.

Villet, C., & Ngnafeu, M. (2020). Se positionner aux côtés des personnes. *Anthropology of food*, S15. <https://doi.org/10.4000/aof.11230>.

Vita, A.J., Terry, R.B., Hibert, H.B., et al. (1998). Ageing, health risks, and cumulative disability. *New England Journal of Medicine*, 338, 1035-1041. <https://doi/full/10.1056/NEJM199804093381506>.

Wells, J. L., & Dumbrell, A. C. (2006). Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients. *Clinical Interventions on Aging*, 1(1), 67-79. <https://dx.doi.org/10.2147%2Fcia.2006.1.1.67>.

Wilson, M. M. G., & Morley, J. E. (2003). Invited review : aging and energy balance. *Journal of Applied Physiology*, 95(4), 1728-1736. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00313.2003>.



CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES

- Old chefs cooking together - page 1: Wavebreakmedia © (Getty Images)
Happy three generations of men cooking together - page 5: aleksandravydovphotos ©
Seniors eat healthy organic tomatoes for brunch - page 6: Robert Kneschke ©
Senior couple eating grapes - page 7: RgStudio © (Getty Images Signature)
Elderly man eating pizza - page 8: Alena Darmel © (Pexels)
Elderly man preparing healthy food - page 8: panco971 © (Getty Images)
Elderly couple cooking together - page 8: Urilux © (Getty Images)
Woman holding radish - page 8: Gustavo Fring © (Pexels)
Young woman and her grandparents cooking together in the kitchen - page 21: AZImages © (Getty Images Signature)
Grandparents with their granddaughter in the kitchen - page 21: Oleg Baliuk ©
Family cooking together - page 25: RuslanGuzov © (Getty Images)
Elderly woman cooking - page 25: Ramonespelt © (Getty Images)
Praying together before meal - page 32: Pressmaster ©
Elderly couple eating - page 32: Nastasic © (Getty Images Signature)
Elderly couple sharing a meal - page 32: RgStudio © (Getty Images Signature)
Dutch man is eating herring - page 40: Ivonne Wierink ©
Elderly woman cooking - page 40: claudio.arnese © (Getty Images Signature)
Blurred of senior asian woman feeling unhappy and bored meal, elderly health concept - page 40: Piyapong Thongcharoen © (Getty Images)
Senior man eating broccoli on plate - page 49: perfect wave ©
Senior woman eating dessert - page 49: hsyncoban © (Getty Images Signature)
Seniors eat baguettes on picnic outing - page 49: Robert Kneschke ©

DOMETLIEN

CONTACTS

JEAN-MARC BLANC

Directeur,
jean-marc.blanc@i2ml.fr

MARGOT DE BATTISTA

Directrice adjointe,
margot.debattista@i2ml.fr

ADAM CHESTERMAN

Chef de projet,
adam.chesterman@i2ml.fr

MARINE BERTRAND

Designeuse sociale,
Chargée de l'accompagnement de dispositifs
marine.bertrand@i2ml.fr

KIM IKER

Chargée de communication,
kim.iker@i2ml.fr

