Région PAYS de la LOIRE

GÉRONTOPÔLE AUTONOMIE LONGÉVITÉ PAYS DE LA LOIRE



L'ALIMENTATION DES PERSONNES ÂGÉES

ENJEUX ET RECOMMANDATIONS

Par Guillaume André

2022

Auteur

Guillaume ANDRE
Pharmacien nutritionniste, chargé d'enseignement en nutrition appliquée à l'ICES, Institut Catholique de Vendée et à l'Université de Nantes

Contributeurs

Niels KNAPP-ZILLER, géographe au Gérontopôle des Pays de la Loire
Mickael BLANCHET, géographe au Gérontopôle des Pays de la Loire
Avec la participation active de la SRAE des Pays de la Loire

Relecteurs

Valérie BERNAT, Directrice Générale du Gérontopôle des Pays de la Loire
Dr Vincent OULD-AOUDIA, Président du Gérontopôle des Pays de la Loire
Pr Cédric ANNWEILER, Vice-Président du Gérontopôle des Pays de la Loire
Personnalités qualifiées du Gérontopôle : Jean-Achille COZIC, Antoine HUMEAU
Membres du Collabinov Nutrition du Gérontopôle des Pays de la Loire : Isabelle AMPROUX, Mireille CARDINAL, Véronique VOISSE, Marine REINTEAU, Aurélie TURPAUD, Charlotte BAUDRY

Remerciements

Catherine ALIX, technicienne agriculture, Conseil départemental de la Sarthe
BAUDRY Charlotte, Chargée de mission, SRAE Nutrition
Isabelle BAUDRY, diététicienne Nutri-culture
Véronique BOURCY, directrice du Dispositif d'appui aux professionnels de santé de Vendée (DAPS-85)
Agnès BOSSIS, diététicienne, chargée de promotion et d'éducation pour la santé, Association Du pain sur la planche
Solène DORIER, Gérontopôle Auvergne Rhône Alpes
Sophie GALLOT, Pôle Solidarités et Famille, Direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, Conseil départemental de la Vendée
Fabienne GUETNY, ingénieur conseil en formation, IFSO
Nadine GOUJON, cadre de santé Diététicien, Service diététique, CHU Nantes
Virginie HEULIN, diététicienne, CLAN Sarthe
Clémentine HUGOL-GENTIANE, coordinatrice du projet ALIMS
Mélanie LEBLAY, chargée de mission Maisons gourmandes et responsables
Grégoire MAILLE, formateur Expert & Cuisinier, Restau'co (Dijon)
Pascale PETIT, référent ancrage partenariat et Innovation sociale Réseau Territoire Ouest, Direction de l'action sociale Retraite, Malakoff Humanis
Marine REINTEAU, chargée de mission SRAE Nutrition
Patricia SICAULT, diététicienne, CLAN du Centre Hospitalier de Saumur
Gaëlle SORIANO, diététicienne – Doctorante, Gérontopôle de Toulouse
Aurélie TURPAUD, chargée de mission SRAE Nutrition
Isabelle VAUTERIN, directrice des interventions sociales, CARSAT

Soutiens

SOMMAIRE

4 **RÉSUMÉ**

5 **AVANT PROPOS**
Objectifs et contours du rapport
Pourquoi s'intéresser à l'alimentation des séniors ?
Un rapport intégré dans une politique nationale
Un rapport intégré dans une politique régionale
Engagement politique des collectivités locales

14 **L'ACTE ALIMENTAIRE**

15 **LES PERSONNES ÂGÉES : DES PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE EN MATIÈRE D'ALIMENTATION**
Impact du vieillissement sur l'équilibre nutritionnel
Aspects sociaux et environnementaux
Les trois états gérontologiques du sujet âgé : en bonne santé, fragile ou dépendant
La dénutrition : le risque principal d'une alimentation inadaptée du sujet âgé
Besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée

24 **DES INITIATIVES ET DES BONNES PRATIQUES**
Une palette d'outils d'évaluation disponibles
Former les professionnels exerçant auprès des personnes âgées
Des structures d'appui et de coordination pour les professionnels
Expérimenter de nouvelles stratégies alimentaires
Des programmes de recherche
De nouveaux métiers ?
Vers une cuisine dite « responsable » en restauration collective des établissements accueillant des personnes âgées
Des professionnels médicaux et paramédicaux parfois oubliés
Apporter au domicile les repas ou les aliments
Sensibiliser les adultes et les aidants

43 **RECOMMANDATIONS**
Recommandations pour les établissements (résidences et EHPAD)
Recommandations pour le domicile
Recommandations transversales valables tant au domicile qu'en EHPAD

49 **CONCLUSION**

50 **INDEX**

51 **BIBLIOGRAPHIE**

54 **ANNEXES**
Synthèse des contacts et des organismes cités
Membres du Colabinov Nutrition et séniors
« Profils de mangeur » des séniors
Questionnaire FIES d'évaluation de la précarité alimentaire
Outil PARAD de dépistage de la dénutrition
Outil MNA-SF® de repérage de la dénutrition
Diagramme IDDSI des textures alimentaires



RÉSUMÉ

La région des Pays de la Loire compte 380 000 personnes âgées de plus de 75 ans. Le vieillissement de la population progressera encore dans les années à venir. L'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir. L'avancée en âge constitue un facteur de risque d'une mauvaise alimentation voire d'une véritable dénutrition aux conséquences morbides, sociales et économiques graves.

Les spécificités de la nutrition des personnes âgées sont généralement méconnues, son enjeu sous-estimé. La région des Pays de la Loire dispose d'atouts pour répondre au défi alimentaire liée à cette transition démographique. C'est un territoire agricole et agro-industriel de premier plan. Elle dispose d'une structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) dédiée à la nutrition. Ce rapport met en lumière de bonnes pratiques et des propositions pour alimenter l'ambition régionale Alimentation – Santé.

Objectifs et contours du rapport

Ce rapport a pour but d'illustrer les enjeux de l'alimentation des personnes âgées sur le territoire ligérien et de proposer des recommandations spécifiques au territoire régional.

Ce rapport s'intéresse aux personnes âgées de plus de 75 ans vivant à leur domicile ou en institution de type Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le cas des personnes âgées hospitalisées n'est pas abordé.

L'alimentation des personnes âgées est l'affaire de tous les acteurs, de la fourche à la fourchette : les personnes âgées elles-mêmes, leur famille, les aidants, les professionnels de santé, les acteurs de l'action sociale, les cuisiniers et professionnels de la restauration, les agriculteurs et producteurs, les éleveurs, les acteurs de la pêche et de l'aquaculture, les acteurs de l'industrie agro-alimentaire et les différents intervenants des circuits de distribution.



Pourquoi s'intéresser à l'alimentation des séniors ?

Aspects démographiques[1]

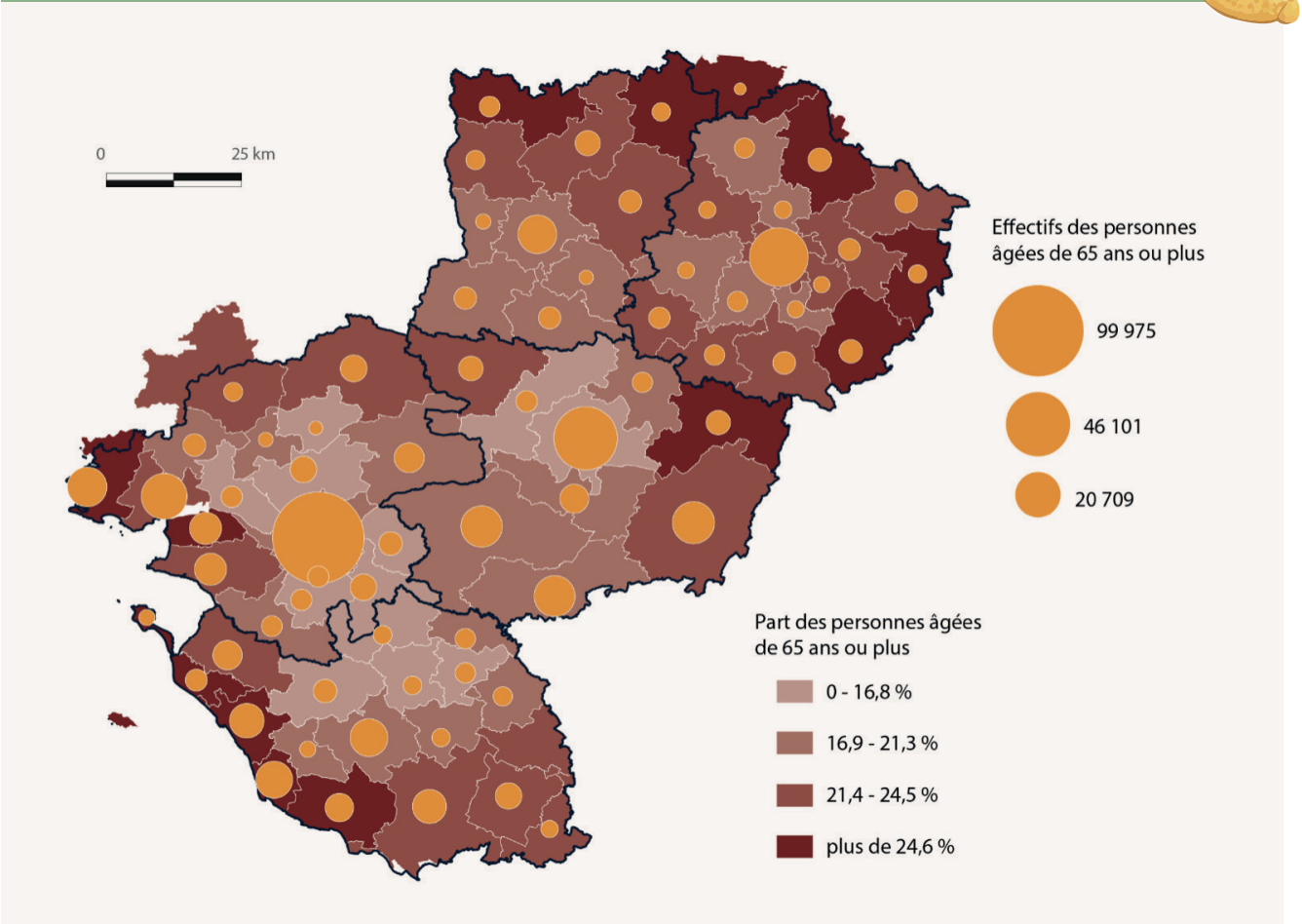
Grâce à l'allongement de l'espérance de vie, nous vivons une transformation démographique inéluctable. Devenir vieux est aujourd'hui un fait banal. A 60 ans, l'homme a encore une espérance de vie d'environ 21 ans et la femme de 27 ans.

La région des Pays de la Loire comptait au 1er janvier 2021, 380 138 personnes âgées de plus de 75 ans dont un peu moins de 80 000 en perte d'autonomie. Ce nombre est en constante progression et est plus important en Pays de la Loire qu'en France métropolitaine. D'ici 10 ans, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans dépassera le nombre de jeunes de moins de 20 ans. A cette date, la région des Pays de la Loire comptera alors 420 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

En Pays de la Loire, la population âgée est répartie de façon inégale. La Vendée et la Mayenne sont les départements comptant proportionnellement le plus de séniors. Le vieillissement de la population ligérienne est également plus marqué sur le littoral.

Les grandes agglomérations concentrent la population alors que certains territoires ruraux présentent une densité de population beaucoup plus faible et deviennent plus isolés.

Figure 1 - Vieillissement et répartition territoriale des personnes âgées en Région Pays de la Loire



Insee 2017

[1] *Source INSEE*

En Pays de la Loire, trois quart des personnes âgées de 80 ans et plus vivent à domicile. Près de 20 % vivent en institution (EHPAD par exemple). Cette proportion plus élevée qu'au niveau national s'explique probablement par une offre importante de places en EHPAD. A contrario, l'offre de service à domicile est plus faible en Pays de Loire (évaluée par le taux d'équipement en Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD)). Rappelons qu'une très large majorité (entre 80 et 90 %) des personnes (âgées ou non) souhaitent vieillir à domicile ou rester à domicile le plus longtemps possible même si leur état de santé se dégrade.

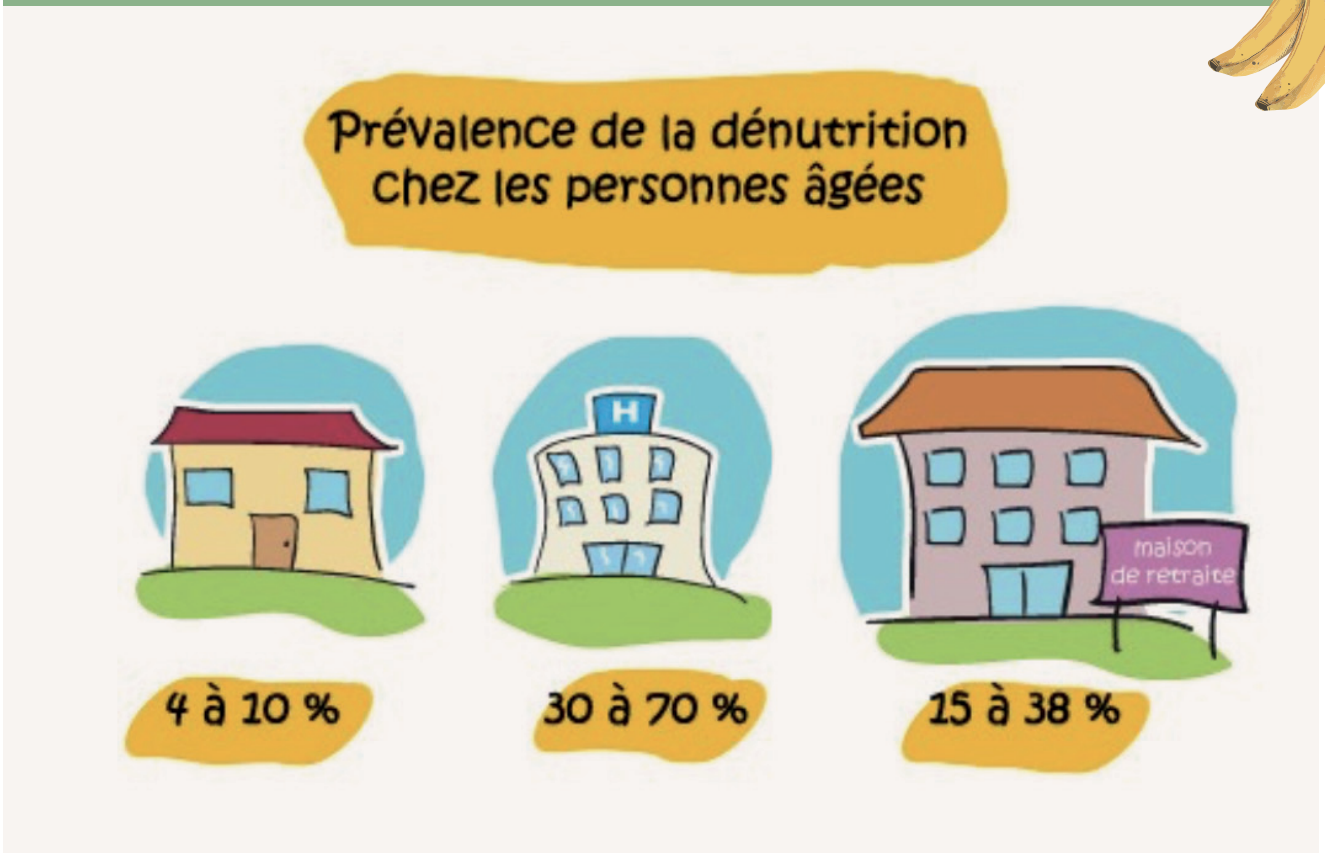
Aspects de santé publique

Quel que soit l'âge, l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir.
L'avancée en âge constitue un facteur de risque de dénutrition. Or la dénutrition est un facteur d'accroissement très important de la morbidité et de la mortalité quelles que soient les pathologies sous-jacentes, tant au domicile qu'en institution.

La dénutrition du sujet âgé est un des premiers facteurs menant à la perte d'autonomie.
La prévalence de la dénutrition varie de 4 à 10% à domicile, de 15 à 38% en institution et jusqu'à 70 % des personnes hospitalisées ou en soins de suite et réadaptation, avec une augmentation continue liée à l'avancée en âge. (1)

Parallèlement, les interventions nutritionnelles concernant les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition sont efficaces pour limiter la perte d'autonomie et réduire le risque d'hospitalisation.

Figure 2 - La dénutrition des personnes âgées selon leur lieu de vie



École de la dénutrition (site internet de la SRAE nutrition des Pays de la Loire)

Aspects humains et éthiques

Manger est un acte social. Mal manger entraîne de nombreuses conséquences anthropologiques, indépendantes du seul aspect nutritionnel.

Ainsi, pour les personnes âgées vivant en institution, manger est l'un des rares moments de plaisir qu'il leur reste. Pour certains, à cause du manque d'autonomie fonctionnelle ou des conditions du repas, l'alimentation peut ne plus être un plaisir. Le respect des goûts et habitudes du résident est un droit légitime.

Pour les personnes âgées vivant à leur domicile, les repas participent au maintien du lien social. A l'inverse, l'isolement des personnes est délétère d'un point de vue nutritionnel. En France, 43 % des personnes âgées de plus 80 ans habitent seules. Les grandes villes et les campagnes sont plus exposées aux situations d'isolement des séniors[2]. La désertification de certains territoires complique l'approvisionnement en denrées alimentaires.

Un rapport intégré dans une politique nationale

Une politique nutritionnelle

Depuis 2001, la France s'est dotée d'une politique nutritionnelle de santé publique qui s'est concrétisée par la mise en place de plusieurs plans et programmes visant à améliorer l'état de santé de la population sur le déterminant majeur que représente la nutrition.

Le programme national de l'alimentation et de la nutrition (PNAN) (2) est composé de deux plans phares :
> le plan national nutrition santé PNNS (3)
> le plan national pour l'alimentation PNA (4)

La nutrition de la personne âgée fait l'objet d'une attention particulière dans les politiques publiques depuis le PNNS n°3 de 2011.

Le groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition (GEM-RCN) piloté par le service des achats de l'Etat du Ministère de l'économie publie, à partir du PNAN, des recommandations pour le cahier des charges des contrats de restauration collective. Un volet y est consacré aux EHPAD. (47)

Une politique alimentaire

Issue des Etats généraux de l'alimentation, la loi de 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et une alimentation saine et durable (Loi Egalim) (6) poursuit plusieurs objectifs dont ceux de :
> renforcer la qualité sanitaire, environnementale et nutritionnelle des produits ;
> favoriser une alimentation saine, sûre et durable pour tous.

Cette loi a un impact significatif pour la restauration collective[3] et tout particulièrement celle proposée en EHPAD. Elle impose par exemple des minimums de denrées alimentaires "bio" ou dites « durables ou sous signe d'origine » ainsi que la mise en place d'une démarche de lutte contre le gaspillage alimentaire.

Les chambres d'agriculture peuvent aider les établissements à identifier les producteurs locaux et bios pour résoudre les difficultés d'approvisionnement liées à ces contraintes nouvelles.

[2] *Cf. Rapport du Gérontopôle Pays de la Loire "L'isolement des personnes âgées à l'heure du déconfinement"*
[3] *Cf. Guide du Conseil national de la restauration collective sur les mesures de la loi Egalim (7)*

Une politique prenant en compte le vieillissement de la population

La prise en compte politique du vieillissement de la population française s'est traduite en 2015 par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement (5). Elle conforte le département[4] comme chef de file de la politique envers les personnes âgées.

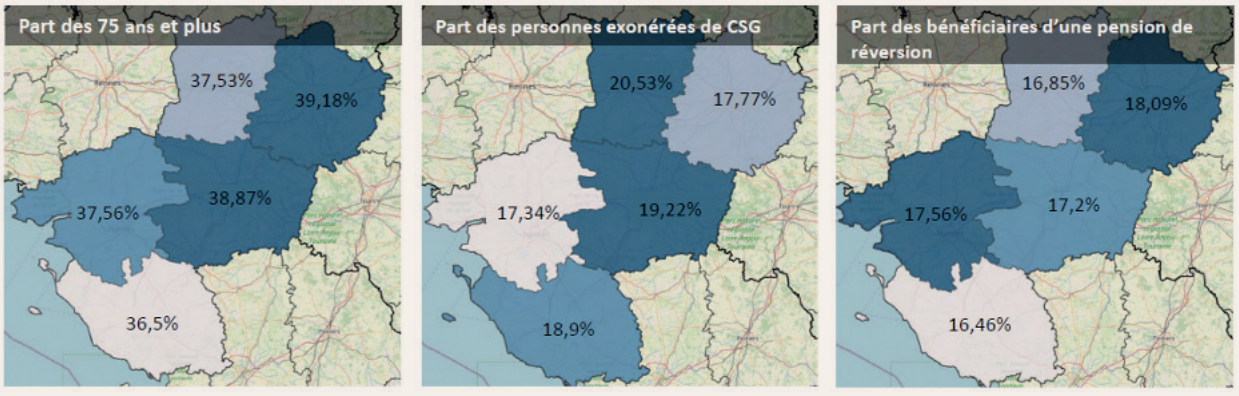
Stratégie grand âge et autonomie

Le Ministère des Solidarités et de la Santé a défini en 2020 une stratégie "grand âge et autonomie - vieillir en bonne santé" afin de prévenir la perte d'autonomie et de vieillir en bonne santé. (8) Elle s'appuie sur une prévention tout au long de la vie et à trois âges clés : 40 - 45 ans, au moment du départ à la retraite et après 70 ans.

Le ministère rappelle que la perte d'autonomie sociale et fonctionnelle n'est pas liée à l'âge mais à plusieurs facteurs (maladies chroniques, sédentarité…) et en particulier à une nutrition inadaptée.

La stratégie recommandée pour les plus de 70 ans pour préserver l'autonomie est d'une part, la détection la plus précoce possible des fragilités et d'autre part, une action renforcée sur les facteurs qui accélèrent la perte d'autonomie (inadaptation du logement, déficits sensoriels mal compensés, isolement…). Le Ministère des Solidarités et de la Santé permet l'expérimentation[5] du programme de dépistage de la fragilité ICOPE (Integrated Care for Older People) conçue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ce programme prend en compte (entre autres) l'alimentation de la personne âgée. (9)

Figure 3 - Profils de fragilité par département en Région Pays de la Loire



CARSAT Pays de la Loire[6]

La Caisse nationale d'assurance au service du bien vieillir

Les caisses de retraites et l'agence Santé Publique France sont investies dans la stratégie nationale du bien vieillir. Cela se traduit particulièrement par le site pourbienvieillir.fr[7] qui comprend un espace pour les personnes âgées et un accès pour les professionnels.

[4] *Depuis l'acte II de la décentralisation de 2004, les Conseils Départementaux sont au centre de l'action sociale et médico-sociale.*
[5] *Cf. Appel à manifestation d'intérêt "Expérimentation nationale d'un dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge selon le programme ICOPE de l'OMS" du Ministère des solidarités et de la santé. Application en région Pays de la Loire : cf. p. 33*
[6] *Analyse effectuée par la Carsat à partir des données de l'Observatoire des fragilités http://www.observatoiredesfragilites.fr/*
[7] *www.pourbienvieillir.fr*

Ce site est un centre de ressources majeur. Les caisses de retraite sont engagées dans la nutrition des seniors à travers un référentiel qui définit les objectifs d'actions collectives de prévention au profit des retraités dans le domaine de la nutrition, de l'alimentation et de l'activité physique. (10)

Un rapport intégré dans une politique régionale

L'ambition politique régionale Alimentation - Santé[8]

Consciente de l'importance de l'alimentation sur la santé des ligériens, la Région des Pays de la Loire a choisi en 2020 de faire de l'alimentation et de son lien avec la santé une priorité.

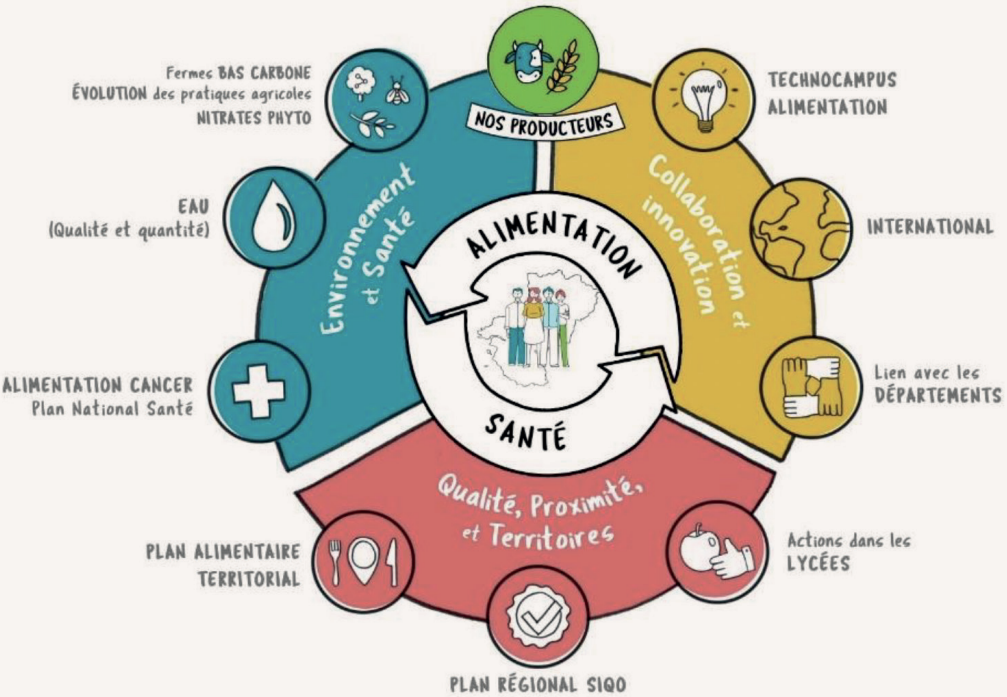
Cela se traduit par un plan d'actions articulé autour de deux axes :

1. Sensibiliser sur les conséquences de l'alimentation pour la santé : "Mieux connaître pour mieux prévenir". Ce premier axe comprend un volet "séniors" dont l'ambition est de valoriser les métiers de la restauration en EHPAD et de redonner l'envie de s'alimenter aux personnes âgées dénutries.

2. Agir sur les modes de production alimentaire.
   Ce deuxième axe défend la fonction nourricière de l'agriculture et se décline à travers un plan d'actions pour améliorer la qualité des aliments et de l'eau dans une démarche environnementale et dans une démarche environnementale et DURABLE.

Ce présent rapport s'inscrit dans cette ambition régionale vertueuse et transversale.

Ambition Alimentation Santé - Région Pays de la Loire



[8] *Région des Pays de la Loire « 2020 : une nouvelle ambition régionale Alimentation – Santé »*

Les Pays de la Loire, un véritable garde-manger

Grâce à sa géographie et à ses hommes, la région Pays de la Loire occupe une place de tout premier plan au niveau de la production alimentaire française.

> Elle est au 1er rang national pour les produits de qualité certifiés et au 2ème rang pour l'agriculture biologique.
> La pêche ligérienne représente 15 % des captures françaises et son bassin conchylicole est l'un des plus importants de France.

L'industrie agro-alimentaire ligérienne[9] est la première de France.

Le Technocampus Alimentation[10]

Orientées vers la recherche et l'innovation, les plateformes Technocampus de la Région Pays de la Loire visent à mutualiser les expertises et les équipements dans plusieurs domaines. Il existe désormais un Technocampus pour le secteur agro-alimentaire implanté à Nantes. Son objectif est de préparer des solutions techniques et industrielles pour une alimentation saine, durable et responsable.

Ce nouveau lieu ressource[11], en collaboration avec le Gérontopôle des Pays de la Loire, peut stimuler le travail autour de la thématique de l'alimentation des séniors.

Bien vieillir en Pays de la Loire

Pour répondre aux enjeux de la longévité, le Gérontopôle des Pays de la Loire a été créé en 2010. Il aide concrètement à l'émergence et à la réalisation d'initiatives publiques ou privées en faveur du bien vieillir en région. Ce rapport est le prolongement des travaux menés dans le cadre du "COLABINOV[12] Nutrition et séniors"[13]. Dès 2014, le Gérontopôle a organisé une journée nutrition et longévité dédiée aux professionnels de la santé. Il continue à organiser sur ce thème des journées d'échanges et de formation tant pour les professionnels que pour les usagers.

L'AGIRC-ARRCO anime un centre régional de prévention "Bien vieillir"[14] depuis 2013. Son équipe pluridisciplinaire propose bilan de santé, ateliers et conférences pour les seniors en vue de préserver la qualité de vie malgré l'avancée en âge. L'alimentation fait partie des thématiques.

Le COLABINOV Nutrition et Séniors

Cette instance du Gérontopôle des Pays de la Loire fédère les professionnels qui travaillent autour de l'alimentation des personnes âgées pour développer des synergies entre eux et proposer des actions concrètes pour le territoire régional au bénéfice des personnes âgées et de leur entourage : actions de formations, programme de recherche…

[9] *Cf. Ligeriaa : l'association régionale des entreprises alimentaires des Pays de la Loire https://www.ligeriaa.fr/*
[10] *http://technocampus-alimentation.fr/fr*
[11] *Le Technocampus Alimentation poursuit les activités initialement rassemblées dans l'association Cap aliment, désormais dissoute.*
[12] *Les "Colabinov" sont des ateliers collaboratifs composés d'adhérents du Gérontopôle des Pays de la Loire pour travailler sur une thématique choisie.*
[13] *Membres du Colabinov Nutrition et séniors : Cf. annexe*
[14] *https://www.centredeprevention.com/cpbvaa-pays-de-la-loire/notre-centre/*



Le projet régional de santé[15]

A travers le projet régional de santé (PRS), l'Agence Régionale de Santé (ARS) fixe une feuille de route. En Pays de la Loire, la PRS 2018-2022 met en avant plusieurs spécificités du territoire ligérien dont des inégalités territoriales et le vieillissement de la population. Une des priorités du PRS des Pays de la Loire concerne les personnes âgées dépendantes et leurs aidants en vue d'améliorer leur accompagnement dans un souci d'inclusion.

Concernant l'évolution des besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées, l'ARS des Pays de la Loire met en avant la logique de "parcours" alliant prévention, intervention précoce et inclusion.(11) L'alimentation rentre dans cette logique.

Le PRS est décliné à l'échelle des établissements à travers le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Une structure régionale d'appui et d'expertise (SRAE) dédiée à la nutrition[16]

Pays de la Loire SRAE Nutrition Structure régionale d'appui et d'expertise

Créée en 2016 et financée par l'ARS, la SRAE Nutrition Pays de la Loire coordonne les acteurs concernés par la nutrition dans leur activité. Elle a un champ de compétences large, qui couvre non seulement la promotion de la santé en matière de nutrition (alimentation et activité physique), mais aussi le dépistage et la prise en charge des troubles alimentaires (obésité et dénutrition), sans prise en charge des patients.

Des comités de liaisons alimentation nutrition (CLAN)

Une circulaire de 2002 a recommandé la mise en place de comités de liaisons alimentation nutrition (CLAN) dans les établissements de santé. (12) En Pays de la Loire, de nombreux EHPAD sont rattachés à un comité de liaison composé de professionnels de la nutrition et de la restauration ou disposent d'une structure équivalente.

Engagement politique des collectivités locales

Ville active du PNNS[17]

VILLES ACTIVES DU PNNS
Programme National Nutrition Santé

En signant la charte « Ville active du PNNS », une commune ou une communauté de communes s'engage à devenir acteur du programme national nutrition santé et à nommer un référent PNNS. Parmi les actions qui peuvent être mises en place, le public des personnes âgées en institution ou à domicile est spécifiquement nommé.
Des villes des Pays de la Loire se sont engagées :
Angers, Bouguenais, La Flèche, Nantes, Vertou, communauté de communes de Châteaubriant-Derval, des Coëvrons, du Pays de Craon, de Saumur Val de Loire.

[15] *ARS Pays de la Loire, www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr*
[16] *https://www.sraenutrition.fr/*
[17] *www.villeactivepnns.fr*



Contrat local de santé (CLS)

Le contrat local de santé (CLS) décline au niveau local le projet régional de santé (PRS). Une des thématiques concerne le parcours des personnes âgées. Le CLS définit une stratégie et un programme d'actions pluriannuelles pour répondre aux besoins locaux. La collectivité locale en assure le pilotage.

Exemples en Pays de la Loire :



Loire-Atlantique : CLS de Nantes, Redon Agglomération, Saint Nazaire, Erdre et Gesvres
Maine-et-Loire : CLS d'Anjou Bleu, Angers Loire Métropole, agglomération de Cholet, Baugé-en Anjou, agglo Saumur Val de Loire, Mauges Communauté
Mayenne : CLS du Pays de Craon, Mayenne Communauté, des Coëvrons, Laval
Sarthe : CLS de la Communauté de Communes des Vallées de la Braye et de l'Anille, Allonnes – Coulaines – Le Mans, Sablé sur Sarthe
Vendée : CLS de L'Ile d'Yeu, Communauté de communes du Pays de La Châtaigneraie, Terres de Montaigu, Sud Vendée Littoral, Fontenay le Comte-VSA, Vendée Cœur Océan

Les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT)

Un projet alimentaire territorial[18] réunit les acteurs de la filière agro-alimentaire d'un territoire pour construire des synergies économiques en vue de permettre aux habitants de se nourrir avec des aliments de qualité produits, transformés et distribués à proximité, de manière durable.

Ces projets collectifs visent à rapprocher les producteurs, les transformateurs, les distributeurs, les consommateurs et les collectivités territoriales. Les PAT répondent à l'enjeu d'ancrage territorial du Plan National Alimentation (PNA). Ils revêtent trois dimensions : économique, environnementale et sociale.

En 2021, la Région des Pays de la Loire associée à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et la Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF) a souhaité soutenir et amplifier les PAT en lançant un nouvel appel à candidature dans le cadre du plan de relance régional.[19]

[18] *Les Projets Alimentaires Territoriaux sont définis par la Loi d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt du 13 octobre 2014. Plus d'informations sur agriculture.gouv.fr*
[19] *Cf. Plan de relance régional 2021, Direction de l'agriculture, de la pêche et de l'agroalimentaire de la Région.*

L'ACTE ALIMENTAIRE

L'alimentation est un "fait social total" selon le concept forgé par l'anthropologue Marcel MAUSS[20]. Le fait alimentaire est un marqueur social et culturel aux implications nombreuses, conscientes ou non. Il faut considérer la nourriture au-delà de sa simple fonction nutritive. (15) (16).

L'aliment revêt une forte dimension symbolique et manger n'est pas un acte purement physiologique. Ce que Jean TRÉMOLIÈRES, le père de la nutrition moderne, signifie par une formule célèbre « l'Homme est probablement consommateur de symboles autant que de nutriments ». (17) L'anthropologue Claude LÉVI-STRAUSS complète en parlant d'aliments « bon à manger » et « bon à penser ». (15)

Le repas présente différentes dimensions : nutritionnelle, sociale, hédonique mais aussi environnementale. L'alimentation doit permettre de couvrir nos différents besoins qualitatifs et quantitatifs en nutriments. Elle donne aussi l'occasion à chacun de développer une activité sociale et affective propre à favoriser un équilibre de vie.

Il existe une forte hétérogénéité du comportement alimentaire au sein de la population âgée. Ces principes doivent guider toute politique alimentaire, notamment celle à destination des personnes âgées[21].

- L'alimentation des séniors à domicile ou en institution doit apporter les nutriments à la bonne quantité et de façon équilibrée.
- Le ressenti des personnes âgées concernant leur satisfaction liée au repas qui leur est proposé doit être écouté et analysé.
- Le plaisir de manger, facteur de l'appétit, doit être pris en compte et préservé. Comme le rappelle le gastronome et auteur culinaire BRILLAT-SAVARIN "Le plaisir de la table est de tous les âges. Il peut s'associer à tous les autres plaisirs et reste le dernier pour nous consoler de leur perte". (18)
- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, comme le rappelle l'OMS. A ce titre, bien nourrir une personne âgée, c'est participer grandement à sa bonne santé. Cela peut se traduire par l'adage "Une personne âgée bien nourrie, c'est une personne âgée en bonne santé".
- Un acte alimentaire défectueux aura des conséquences médicales, sociales et psychologiques importantes.

Le sociologue spécialiste de l'avancée en âge, Michel BILLE a cette phrase à propos de certains repas servis aux personnes âgées en institution :

> "Si vous me considérez à l'image de ce que vous me servez, alors je suis peu de chose pour vous."

Rappel de l'Avis du Conseil National de l'Alimentation[22]

"**3** - L'alimentation est un plaisir important pour les personnes âgées pour peu que les aliments soient de bonne qualité gustative, d'un goût tenant compte du passé culinaire, d'une texture adaptée, d'une présentation soignée. Le CNA considère que la préservation du plaisir alimentaire devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées. Compte tenu de l'importance de l'acte alimentaire pour le maintien du lien social et de l'autonomie, le CNA encourage les familles et les établissements hébergeant des personnes âgées à faire preuve d'initiative en organisant par exemple aussi souvent que possible des repas à thème, des repas de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, de quartier, des dégustations de produits du terroir."

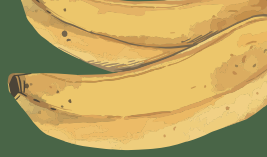
"**6** - Parce que la dénutrition du sujet âgé est très lourde de conséquences, aussi bien sanitaires qu'économiques ou sociales, le CNA considère que sa prévention devrait mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Il invite ainsi tous les personnels au contact quotidien des personnes âgées à se préoccuper de leur plaisir de manger, dans la mesure où il s'agit d'un moyen efficace pour retarder ou éviter les états de dénutrition." (20)

[20] *Concept décrit dans son essai sur le don en 1924 (14)*

[21] *Cf. classification des différents profils de mangeurs présentée en annexe page 86.*

[22] *Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques, 2005 (20)*

LES PERSONNES ÂGÉES : DES PARTICULARITÉS À PRENDRE EN COMPTE EN MATIÈRE D'ALIMENTATION



D'une part, le vieillissement s'accompagne de nombreux changements physiologiques, sensoriels, psychologiques et sociologiques susceptibles de moduler le comportement alimentaire et le statut nutritionnel des seniors.

D'autre part, de nombreuses idées reçues, souvent erronées, circulent à propos des besoins alimentaires des personnes âgées, même chez les professionnels de santé. Par exemple, leurs besoins protéino-énergétiques sont supérieurs à ceux d'un adulte jeune alors que la croyance est à une réduction de leurs besoins.

Impact du vieillissement sur l'équilibre nutritionnel[23]

Le vieillissement s'accompagne de modifications physiologiques susceptibles de fragiliser l'équilibre nutritionnel et qui exposent le sujet âgé à un risque de dénutrition. (21) Quelques-unes sont rappelées ici.

Vieillissement bucco-dentaire (22) (23)

La moitié des sujets âgés présente une édentation totale et la quasi-totalité présente des troubles bucco-dentaires. La perte de dents et les difficultés de mastication associées modifient le choix des aliments. Elle réduit la consommation de viande, de fruits et de légumes frais.

De nombreux phénomènes expliquent l'accroissement des troubles bucco-dentaires parmi lesquels nous pouvons citer : des difficultés à réaliser une bonne hygiène dentaire et un moindre recours aux soins dentaires, associées à une augmentation de la plaque dentaire, une diminution de la sécrétion salivaire souvent aggravée par la prescription de médicaments[24].

Perturbations du goût (21)

Le vieillissement entraîne des modifications du goût et de l'odorat qui s'installent de façon progressive et non perçue par la personne. Le seuil de détection des sensations augmente, en particulier pour le salé. Ceci explique le caractère très anorexigène des régimes appauvris en sel prescrits chez une personne âgée.

Troubles de la déglutition (24)

Une difficulté ou une gêne pendant la déglutition atteint environ 30 % des sujets âgés autonomes et plus de la moitié des patients en institution. Cela a un grand retentissement sur le plaisir de manger et crée une gêne sociale lors du repas à cause de la toux provoquée par les fausses routes. Certaines personnes préfèrent alors diminuer leur prise alimentaire.

[23] *Pour aller plus loin, lire l'ouvrage de Monique Ferry et Danièle Mischlich "Nutrition de la personne âgée" dans la collation Abrégés des éditions Elsevier Masson (21)*

[24] *Particulièrement les médicaments anti-cholinergiques.*



Dysrégulation de l'appétit

Chez la personne âgée, des troubles de la régulation des apports alimentaires apparaissent. Ils sont de deux ordres :

> A court terme : la satiété survient plus précocement au cours du repas.
> A moyen terme : après une phase temporaire de sous-alimentation (suite à une infection ou un événement extérieur par exemple), le sujet âgé ne récupère pas spontanément le poids perdu. Alors qu'un sujet plus jeune aura augmenté spontanément ses apports alimentaires en mangeant plus.

La baisse de la vision

La baisse de la vision peut avoir des conséquences sur l'alimentation des séniors. En effet, la phase céphalique est le premier stade de la digestion. La stimulation visuelle et olfactive préalable au repas projette le désir et déclenche la sécrétion salivaire. Cette baisse de la vision participe à la diminution de l'appétit.

D'autre part, si une personne ne reconnaît pas ce qu'il y a dans son assiette, elle prend peur et risque de ne pas vouloir manger.

Risque accru de déshydratation (25)

Avec le vieillissement la quantité d'eau corporelle diminue, parallèlement à la diminution de la masse musculaire. La sensation de soif diminue avec l'avancée en âge. Ces deux facteurs augmentent le risque de déshydratation.

C'est pourquoi il faut être particulièrement vigilant lors des épisodes caniculaires, lorsqu'une personne âgée a de la fièvre, vit dans une pièce surchauffée ou présente des difficultés pour se servir à boire seule.

Aspects sociaux et environnementaux

L'isolement

Comme se nourrir est un acte social, le fait de manger seul est corrélé à une diminution de l'apport alimentaire[25] par une diminution de l'appétit et de l'envie de cuisiner.

De par la perte du conjoint, des amis ou de l'éloignement des enfants, 27 % des hommes et 62 %[26] des femmes de plus de 80 ans vivent seuls à leur domicile.

La précarité

En France, le départ à la retraite est associé à une diminution des achats alimentaires. Ce phénomène est plus marqué pour les foyers présentant les plus bas revenus. La réduction affecte principalement l'achat des produits d'origine animale.

La précarité alimentaire[27] n'est pas qu'une question de ressources. L'isolement, la maladie, les accidents de la vie y contribuent également.

[25] *Cf. Etude SOLINUT, 2005 (26)*
[26] *INSEE 2018*
[27] *Un questionnaire d'évaluation de l'insécurité alimentaire est présenté en annexe page 86.*



Les difficultés d'approvisionnement

Avec le développement des grandes surfaces en périphérie des villes, certains commerces de centre-bourg n'ont pas résisté et ont fermé. L'éloignement entre les habitations et ces grandes surfaces nécessite des déplacements en voiture. Cela augmente particulièrement les difficultés d'approvisionnement en nourriture des personnes âgées qui ont abandonné la conduite automobile.

D'autre part, dans les villes ayant conservé des commerces alimentaires de proximité, l'appréhension et la difficulté à traverser les rues et les carrefours, l'aménagement des trottoirs, avec parfois la suppression des bancs, les rendent souvent inadaptés à la marche des personnes âgées. Se pose aussi la question de la capacité à transporter ses courses.

L'entrée en institution

L'entrée en maison de retraite induit une rupture avec la vie à domicile. Cela occasionne de nombreux bouleversements dans les habitudes des personnes âgées, notamment alimentaires. En quelque sorte, lorsque l'on rentre en EHPAD, parfois contre son gré, on est à l'étranger avec des étrangers. Cela crée un état de stress défavorable à l'appétit.

Les trois états gérontologique du sujet âgé : en bonne santé, fragile ou dépendant

Les gériatres ont l'habitude de classer les sujets âgés soit en bonne santé, soit fragile, soit dépendant. En France, 8 % de personnes de plus de 60 ans, et 20 %[28] de celles de plus de 85 ans sont dépendantes.

Définition de la fragilité

La fragilité est un syndrome clinique primordial en gériatrie. Il correspond à une altération des mécanismes de résistance au stress, liée à un épuisement des réserves fonctionnelles de multiples systèmes physiologiques. La fragilité[29] est définie par l'existence de trois critères parmi les cinq suivants :

- une perte de poids involontaire récente de plus de 3 kg,
- le sentiment de fatigue lors d'efforts,
- la lenteur à la marche, l'incapacité à monter les escaliers,
- l'incapacité à se lever d'une chaise,
- avoir moins d'une heure d'activité dans la journée.

La fragilité est un état instable. L'état de santé peut brutalement se détériorer à l'occasion d'un événement intercurrent même mineur et évoluer vers la dépendance. La fragilité est un état réversible alors que la dépendance ne l'est pas. Il est primordial de se focaliser sur la prévention et le traitement de la fragilité, notamment par les aspects nutritionnels. En effet, l'état nutritionnel joue un rôle considérable dans l'état de santé des personnes âgées.

[28] *Source : Personnes âgées : les chiffres clés, solidarites-sante.gouv.fr*

[29] *Définition de la fragilité selon les critères de Fried.*



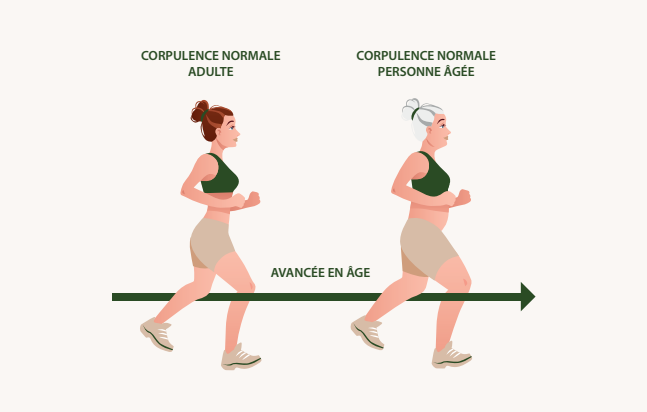
Exemple de processus physiologique liés au vieillissement participant à la fragilité du sujet âgé : la sarcopénie

La sarcopénie résulte d'une diminution de la taille et du nombre des fibres musculaires et également d'un envahissement des muscles par de la graisse et du tissu conjonctif. Ce processus physiologique qui fait perdre la force musculaire s'accélère à partir de 70 ans. A 90 ans, nous avons perdu la moitié de notre masse musculaire. Les moyens de prévention s'appuient sur deux stratégies. La première est de faire en sorte que la personne âgée mange suffisamment de protéines ; la deuxième est de faire de l'exercice physique.

Spécificité de la corpulence avec l'avancée en âge

D'une part, avec l'avancée en âge, la corpulence se modifie de façon physiologique et augmente légèrement. Ainsi la valeur seuil de l'Indice de masse corporelle (IMC[30]) est de 22 en deçà duquel est définie la dénutrition chez la personne âgée contre 18,5 chez l'adulte non âgé (27).

D'autre part, et contrairement aux idées reçues, le fait, pour un sujet âgé de plus de 65 ans, d'être en surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m^2) est associé à une mortalité diminuée par rapport aux personnes âgées présentant un IMC normal (Rappelons que ce n'est pas le cas pour l'adulte jeune).



La dénutrition : le risque principal d'une alimentation inadaptée du sujet âgé

Comme le dit le Professeur Eric FONTAINE, initiateur du Collectif de lutte contre la dénutrition[31] :

> Pour une personne âgée, maigrir, c'est risquer de mourir

La dénutrition survient quand il y a une inadéquation entre les apports et les besoins en énergie et en protéines.

La prévalence de la dénutrition est élevée en France puisqu'on estime à 2 millions le nombre de français dénutris[31]. A domicile, entre 4 et 10 % des personnes âgées de plus de 65 ans sont dénutries, principalement des femmes. Cette proportion augmente à près de 15% pour les personnes nécessitant une aide à domicile. (1) (28) (29) En EHPAD, la prévalence est encore supérieure et est très variable selon les établissements : de 20 à 45 %. (30).

[30] *IMC = Poids (en kg) / taille^2 (en m)*
[31] *www.luttecontreladenutrition.fr*
[32] *Ibid.*

Les personnes âgées cumulent les facteurs de risque d'être dénutries. (21)

- **causes sociales (cf. supra)**
  - > isolement
  - > diminution des ressources
- **diminution des capacités physiques**
  - > diminution de la capacité masticatoire (cf. supra)
  - > troubles de la déglutition (cf. supra)
  - > difficultés à la marche (problème pour faire ses courses)
  - > déficits moteurs des bras et des mains (problème pour porter des paquets, pour cuisiner…)
- **causes psychologiques**
  - > syndrome dépressif
  - > idées préconçues et fausses sur l'alimentation
- **pathologies**
  - > maladies inflammatoires, infectieuses
  - > maladies neurologiques dégénératives
  - > pathologies cancéreuses
  - > certains médicaments et polymédication
  - > régimes médicaux (sans sel, sans cholestérol…)
  - > hospitalisation

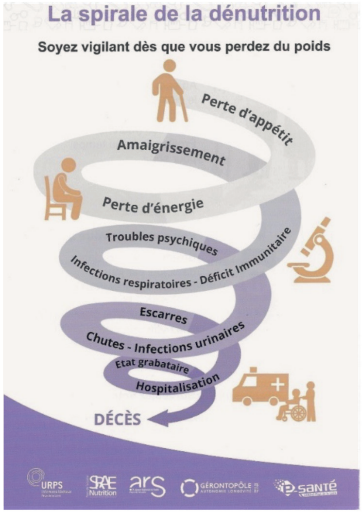
Des conséquences graves et nombreuses

La dénutrition aggrave les maladies préexistantes et multiplie par quatre le risque de mortalité ! (21)

En perdant du poids, la personne âgée perd ses capacités fonctionnelles et son état général va s'altérer. Le sujet entre alors dans un cercle vicieux décrit par les gériatres Monique FERRY et Bruno LESOURD comme une "spirale de la dénutrition".

Cette spirale met en évidence plusieurs conséquences dramatiques parmi lesquelles une baisse de l'immunité. Celle-ci augmente la sensibilité aux infections de la personne âgée.

La dénutrition a aussi des conséquences économiques considérables. Elle augmente la durée d'hospitalisation et la consommation de médicaments. Enfin, elle évolue vers une perte d'autonomie et favorise l'entrée en institution.



M. Ferry et al 1993 (21)

Le cas spécifique du sénior obèse

Le risque chez la personne âgée est la perte de poids et non pas l'obésité. Cela est d'autant plus vrai que l'on avance en âge.

Contrairement aux idées reçues, les séniors présentant une obésité sont plus à risque d'avoir des apports insuffisants en micronutriments et une qualité globale de l'alimentation plus mauvaise par rapport à ceux de poids normal. Et ce, tout particulièrement pour les femmes.

La présence d'une obésité n'exclut pas la présence d'une dénutrition ou d'une sarcopénie. Elle est estimée à 15 % des personnes âgées obèses (31).

Les difficultés d'approvisionnement

Il est essentiel de :

> corriger les situations médicales et sociales qui conduisent à la dénutrition,
> favoriser une bonne prise alimentaire (quantité, qualité gustative plaisante…)
> peser les personnes âgées.

Le principal acte de prévention de la dénutrition est la pesée régulière, tant au domicile qu'en institution. Il est recommandé de peser une fois par mois les personnes âgées et de rapprocher les pesées en cas de pathologie. (27) Pour les personnes alitées, il existe des systèmes de pesée adaptés (pèse-lit, planche de pesée...).

Chaque événement déstabilisant dans la vie d'une personne âgée peut être à l'origine d'une modification de sa prise alimentaire. A toutes ces étapes, une vigilance accrue s'impose. Par exemple, l'entrée en EHPAD représente un changement de mode de vie majeur. Un plan de suivi du poids et des prises alimentaires à l'entrée et dans les semaines qui suivent est nécessaire.

Chaque patient diagnostiqué comme dénutri doit faire l'objet d'un plan de soin[33] régulièrement ré-évalué en fonction des résultats.

Recommandations HAS 2021 – surveillance de l'état nutritionnel (27)

"Quel que soit le statut nutritionnel, Il est recommandé d'en surveiller l'évolution :
> en ville : 1 fois par mois à domicile et à chaque consultation ;
> à l'hôpital MCO et SSR : à l'entrée, puis au moins une fois par semaine, et à la sortie ;
> en EHPAD et USLD : à l'entrée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie.

En cas d'évènement clinique intercurrent (infection, chirurgie…) ou de diminution de l'appétit ou des consommations alimentaires, il est recommandé de rapprocher la surveillance nutritionnelle à au moins une fois par semaine (poids, appétit et consommations alimentaires) en ville, en USLD ou en EHPAD. Il est recommandé de noter le poids mesuré (carnet de santé, dossier médical personnel, compte rendu, réunion de concertation pluridisciplinaire, courriers aux correspondants, outils numériques), ce qui permet de tracer une cinétique des paramètres de dénutrition (courbe de poids)."

Plan national nutrition santé PNNS n°4 (3)

Objectif 17 : Prévenir la dénutrition

Action 37 : Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnels de santé et du secteur social […]

Action 38 : Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les seniors

[33] *La prise en charge de la dénutrition n'est pas développée dans ce rapport.*



Besoins nutritionnels spécifiques de la personne âgée

Contrairement à ce que l'on pourrait penser intuitivement, les besoins nutritionnels des séniors sont supérieurs à la population générale, notamment en termes d'apports protéiques. Un apport protéique quotidien légèrement plus élevé pour les plus de 65 ans participe à la prévention de l'apparition d'une fragilité. En France, les apports nutritionnels conseillés en protéines sont au minimum de 1 g/kg/j (ANSES 2016) voire de 1,2 à 1,5 g/kg/j (HCSP 2021) chez le sujet âgé contre 0,83 g/kg/j chez le sujet adulte non âgé. Ces besoins en protéines sont encore augmentés en cas de maladie inflammatoire, infectieuse ou cancéreuse. (28) (32)

Repères alimentaires pour les personnes âgées

Le vieillissement n'est pas une pathologie mais il fait naître des besoins spécifiques. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) a actualisé en 2021 les repères alimentaires du PNNS pour les personnes âgées[34] (28). Ils ciblent les personnes âgées de plus 75 ans, âge à partir duquel la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie est une priorité. Les repères nutritionnels ont donc pour objectif de prévenir ces risques, en main-tenant le plaisir de manger et l'appétit en vue d'assurer une stabilité pondérale.

Les repères alimentaires du PNNS[35] pour les adultes restent dans l'ensemble valables chez les personnes âgées mais ils sont moins restrictifs.

Repères alimentaires principaux selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP 2021)[36] (28)

Fruits et légumes	Au moins 5 fois par jours
Fruits à coques (sans sel ajouté)	Une petite poignée par jour
Légumineuses (haricots, lentilles, pods)	Au moins 2 fois par semaine
Produits céréaliers (complets et peu raffinés)	A consommer tous les jours (en privilégiant les produits complets ou peu raffinés par rapport aux produits raffinés)
Produits laitiers	2 à 3 produits laitiers par jour
Volaille, poisson, oeuf, viande	A consommer au moins une fois par jour
Charcuterie	Eviter d'en consommer tous les jours
Matières grasses ajoutées	Eviter les consommations excessives (en privilégiant les huiles de colza, de noix et d'olive)
Produits sucrés (dont les boissons sucrées)	Eviter les consommations excessives de produits sucrés
Boissons	Consommer 1,5 L par jour en moyenne. Eviter les quantités excessives
Sel (iodé)	Eviter les consommations excessives de sel

[34] *L'Agence Santé Publique France communiquera prochainement ces repères au grand public dans le cadre du PNNS sur le site mangerbouger.fr*

[35] *Les repères alimentaires du PNNS sont disponibles sur le site https://www.mangerbouger.fr/Les-recommandations*

[36] Ces recommandations ne concernent pas les personnes âgées dénutries pour lesquelles les apports doivent être augmentés.

Le cas du sel : L'HCSP précise qu'il est nécessaire de maintenir un apport en sel suffisant pour éviter les risques d'inappétence alimentaire. Le HCSP rappelle également que la limitation stricte de la consommation de sel n'est pas recommandée, même en cas de pathologie cardiaque.

Extrait de l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (28)

> "Les repères nutritionnels ont donc pour objectif de prévenir ces risques, en soulignant l'importance de maintenir le plaisir de manger pour guider les choix, améliorer l'appétit et assurer une stabilité pondérale. L'ensemble de l'alimentation doit être suffisante en qualité et en quantité, en respectant des repas réguliers."

> "Les repères doivent permettre à chacun d'adapter, si possible, son alimentation en fonction de ses goûts, ses préférences[37], ses traditions, etc.[38] ainsi qu'à ses besoins, selon son activité physique, son état physiologique, etc."

Rythmes alimentaires recommandés (28)

L'organisation des repas des personnes âgées doit permettre de respecter une amplitude horaire de sorte que les prises alimentaires ne soient ni trop proches ni trop espacées dans le temps. Il est nécessaire de veiller à ce que la période de jeûne nocturne n'excède pas plus de 12 heures entre le repas du soir et le petit déjeuner.
Il est également important de ne pas sauter de repas. Pour assurer un apport suffisant, il est nécessaire de répartir les apports nutritionnels tout au long de la journée (3 repas par jour +/- collations à distance des repas).

La durée des repas est plus longue par rapport aux sujets plus jeunes. Le repas peut prendre jusqu'à une heure voire plus.

Repères en terme d'activité physique

Le Haut Conseil de la Santé Publique recommande (28) :
> réalisation d'exercices physiques adaptés : 2 fois par semaine
> limitation de la sédentarité





[37] *Une récente enquête de l'Institut Nutrition (Fondation Restalliance) associé au CREDOC montre que les habitudes et les préférences alimentaires des résidents d'EHPAD sont insuffisamment respectées. (48)*

[38] *L'analyse du comportement alimentaire des séniors de la cohorte NutriNet-Santé a confirmé la grande diversité des habitudes alimentaires chez les personnes âgées (33)*

Extrait de l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (28)

"Le maintien de l'activité physique à un niveau au moins modéré chez les personnes âgées est une composante essentielle de la santé. L'activité physique régulière et la réalisation d'exercices adaptés deux fois par semaine permettent de limiter la perte de masse et de force musculaire liées à l'âge, et donc de prévenir la sarcopénie. De plus, elle participe à une bonne minéralisation osseuse, limitant ainsi les risques de fractures chez les personnes âgées. Enfin, elle a été associée à une limitation du déclin cognitif."

"Il est indispensable que les personnes âgées maintiennent une activité physique régulière avec un minimum de 30 minutes d'activités physiques dynamiques par jour, dont la marche. [...] Il est essentiel pour cette population d'effectuer régulièrement des exercices de renforcement musculaire, et de fractionner les durées d'activité physique afin d'atteindre la recommandation. Par ailleurs, en complément d'une activité physique suffisante, il est important de rompre la sédentarité régulièrement et de limiter le temps passé assis ou allongé."

Le cas des régimes d'exclusion (28)

Les régimes d'exclusion (sans sel, sans gras, sans sucre…) et les régimes amaigrissants sont à proscrire. En particulier, après 75 ans, il est nécessaire de réévaluer un régime prescrit de longue date.

Les régimes de type végétarien suivis depuis de nombreuses années par une personne devenue âgée nécessitent une vigilance particulière après 75 ans.



Une palette d'outils d'évaluation disponibles

D-Nut® : un outil numérique de repérage et de prise en charge coordonnée

Le projet D-Nut® s'inscrit dans la logique de « parcours »[39] du Projet Régional de Santé. Il est développé par l'URPS[40] Infirmiers libéraux et la SRAE Nutrition des Pays de la Loire avec l'appui du GCS e-santé Pays de la Loire[41]. Une application[42] mobile « D-Nut » permet d'effectuer un test mini-MNA (cf. page suivante) et une évaluation de la prise alimentaire par une échelle visuelle analogique. Cela permet aux infirmiers libéraux de repérer la dénutrition des personnes âgées de plus de 60 ans vivant à domicile.

Une fois repéré comme dénutri ou à risque de dénutrition, plusieurs bilans sont réalisés :

> un bilan médical par le médecin généraliste,
> un bilan diététique par un diététicien,
> un bilan kinésithérapique,
> un bilan de médication par le pharmacien.

Ensuite une réunion de concertation entre professionnels permet de définir un projet de soin. Le parcours est coordonné par l'infirmière libérale ou le médecin généraliste.

Grace au parcours D-Nut, le patient peut bénéficier d'une prise en charge pluriprofessionnelle durant 4 à 6 mois financée par la Sécurité sociale39 même pour des consultations habituellement non conventionnées : avec un diététicien, un psychologue, un ergothérapeute ou un enseignant en activité physique adaptée.

Le programme a débuté en octobre 2021. Dans le cadre de sa mise en œuvre, les professionnels bénéficient d'une formation et d'outils de sensibilisation à la dénutrition des patients.

Pour les résidents d'EHPAD, l'outil D-Nut a été adapté. Un kit « D-Nut EHPAD » est diffusé dans les établissements de la région. Il contient des supports pédagogiques et des outils d'aide au repérage de la dénutrition.

Contact → URPS Infirmiers libéraux[43] et SRAE Pays de la Loire[44]

[39] *D-Nut est une expérimentation financée par la CPAM dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2018.*

[40] *URPS : Union régionale des professionnels de santé libéraux*

[41] *Il existe également un autre projet porté par plusieurs URPS des Pays de la Loire : REPER. Son objectif est le repérage de la fragilité à travers cinq domaines : la locomotion, la santé mentale, la cognition, les capacités sensorielles mais aussi l'état nutritionnel. REPER est actuellement expérimenté à petite échelle par 4 CPTS.*

[42] *Le GCS e-santé Pays de la Loire est le groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS).*

[43] *https://www.urps-infirmiers-paysdelaloire.fr/nos-projets/denutrition-de-la-personne-agee/*

[44] *https://www.sraenutrition.fr/projets/d-nut/*

PARAD : un outil de sensibilisation et d'auto-dépistage

Conçu par le professeur Agathe RAYNAUD-SIMON, gériatre nutritionniste à l'APHP, cet outil très simple est diffusé, entre autres, par la SRAE Pays de la Loire. PARAD (Poids Appétit Repas Alimentation)[45] est un outil de sensibilisation et d'auto-dépistage du risque de dénutrition. Il repose sur 4 questions relatives à la perte de poids, à l'appétit, au nombre de repas et à la difficulté ou non à s'alimenter. Il peut être utilisé par les aidants et les soignants.

Contact → SRAE Pays de la Loire

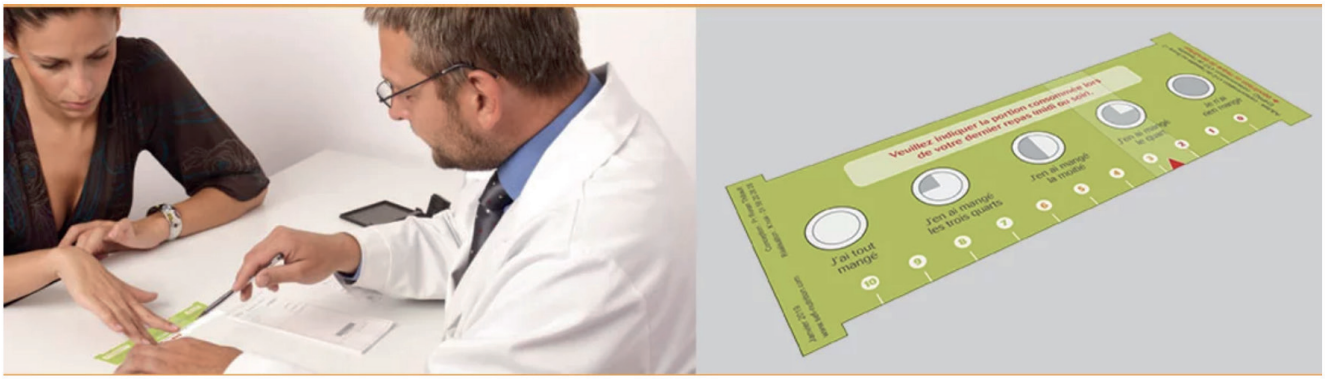
Le questionnaire PARAD est présenté en annexe page 63

Autres outils

Le questionnaire MNA-SF®[46]: couramment utilisé par les professionnels de santé comme outil de repérage de la dénutrition chez les personnes âgées. Il comprend, dans sa forme courte, 6 questions sur l'appétit, la perte de poids, l'autonomie et sur la présence de maladie. Le MNA n'est pas un outil de diagnostic de la dénutrition.

Disponible en ligne : https://www.mna-elderly.org/forms/mini/mna_mini_french.pdf

Les échelles visuelles analogiques (EVA) d'évaluation de la prise alimentaire ou de l'appétit : Leur usage est recommandé par les sociétés savantes (SFNCM)[47]. Elles se présentent sous forme d'une petite réglette où la personne place le curseur entre "Je ne mange rien du tout" à "je mange comme d'habitude".



La réglette SEFI comprend en plus, au dos, une échelle d'auto-évaluation de la prise alimentaire grâce à des icônes de portions.

Disponible à la commande sur : https://www.sefi-nutrition.com

[45] *www.parad-denutrition.com Le questionnaire PARAD est présenté en annexe page 87.*

[46] *Mini Nutritional Assesment - Short form : questionnaire par la société Nestlé. Il est présenté en annexe page 88.*

[47] *Société francophone nutrition clinique et métabolisme*

Expérimentation du programme ICOPE de l'OMS de prévention de la fragilité en Pays de la Loire

ICOPE
Integrated Care for Older People

Le Gérontopôle des Pays de la Loire, l'inter-URPS et les Groupements hospitaliers territoriaux des départements de Loire Atlantique et du Maine et Loire ont répondu en 2021 à l'appel à manifestation d'intérêt du Ministère des Solidarités et de la Santé et de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie pour la mise en œuvre du programme de dépistage de l'OMS, dit « ICOPE » (pour « Integrated Care of Older People »), centré sur la prévention du déclin fonctionnel.

Il vise l'ensemble de la population des personnes de 60 ans et plus, en amont même de la fragilité. Une phase d'expérimentation de trois années sur plusieurs territoires (44, 49, 85) démarre en 2022 avant une généralisation à toute la Région. (9).

Ce programme est conçu pour une réalisation initiale en soins primaires par les personnes âgées elles-mêmes et leurs aidants naturels, les professionnels de santé et les aides à domicile en s'appuyant sur une application digitale téléchargeable.

Sa démarche est centrée sur cinq grandes fonctions déterminantes pour l'autonomie des personnes : la locomotion, l'état nutritionnel, la santé mentale, la cognition et les capacités sensorielles. Le programme prévoit une évaluation complémentaire de l'environnement physique et social (logement, aidants, entourage...). Des outils de dépistage et d'évaluation, un algorithme définissant la conduite à tenir et des messages d'information sont proposés pour chaque dimension. Un support numérique permet un recueil de données en temps réel, facilite le partage d'information et le suivi.

Contact → Gérontopôle des Pays de la Loire

Former les professionnels exerçant auprès des personnes âgées

Le manque de connaissances gérontologiques et nutritionnelles de la part des intervenants, depuis l'aidant à domicile ou en institution et parfois jusqu'au médecin généraliste, retarde le dépistage et les prises en charges adaptées et précoces avec des risques de malnutrition chez la personne âgée.

La formation des personnes en contact avec les personnes âgées sur l'ensemble des aspects de l'alimentation aurait un impact sur le statut nutritionnel et la qualité de vie des sujets âgés à domicile ou résidant en EHPAD.

D'autre part, en institution, il existe un certain turn over du personnel du fait des conditions de travail parfois difficiles, qui ne permet pas de maintenir ni une implication sur le long terme et ni un suivi. Ce phénomène existe également dans les organismes d'aide à domicile.

L'ARS Pays de la Loire finance une formation

L'ARS des Pays de la Loire prend en charge le financement d'une formation pluriprofessionnelle "Prévention et repérage de la dénutrition de la personne âgée à domicile". Cette formation est dispensée depuis 2019 par l'Institut Formation Santé de l'Ouest (IFSO) en collaboration avec la SRAE Nutrition Pays de la Loire.



Les objectifs de cette formation sont :

> identifier les besoins nutritionnels des personnes âgées,
> repérer et prévenir les risques de dénutrition,
> participer à la mise en place d'actions adaptées aux besoins de la personne la personne âgée et à son environnement,
> alerter et orienter vers des personnes ressources et des professionnels de santé du territoire.

Ouverte à tout professionnel exerçant au domicile de personnes âgées (aides à domicile, infirmiers libéraux, auxiliaires de vie, médecins, pharmaciens, porteurs de repas, aides-soignants, kinésithérapeutes…)...

Depuis 2019, 250 professionnels des cinq départements de la région (aides-soignantes, infirmiers, aides à domicile et auxiliaires de vie, diététiciens…) ont suivi cette formation. De nouvelles formations sont proposées en 2021 et 2022.

Contact → IFSO[48] et SRAE Nutrition

Former les aides à domicile à la cuisine adaptée aux séniors

Les formations d'aides à domicile sont nombreuses : Diplôme d'Etat d'Accompagnant Éducatif et Social (DEAES) qui remplace le DE d'auxiliaire de vie sociale et le DE d'aide médico-psychologique, titre professionnel Assistant de vie dépendance, certificat professionnel Agent d'accompagnement auprès d'adultes dépendants, mention complémentaire Aide à domicile, diplôme professionnel d'aide-soignant, BEP Carrières sanitaires et sociales, etc.

Certains jeunes qui s'orientent vers les métiers d'aides à domicile n'ont pas nécessairement acquis dans leur famille l'art de cuisiner. Il est alors nécessaire d'inclure dans leur formation un apprentissage de la cuisine en général et de la cuisine adaptée aux personnes âgées.

La formation des aidants professionnels n'est pas le seul levier d'amélioration. En effet, cuisiner nécessite du temps. Ce temps de préparation du repas doit être inclus dans le temps de présence prévu au domicile.

L'axe formation du Gérontopôle des Pays de la Loire

> Le Gérontopôle est partenaire de l'Université de Nantes pour la promotion du diplôme universitaire de Gérontologie mais déploie aussi un module de formation de base à la gérontologie.

> Dans le cadre du Colabinov Nutrition et séniors, un référentiel de formation continue à destination de tous les professionnels intervenant à domicile a été rédigé sur la dénutrition des personnes âgées.
Ces contenus de formation sont aujourd'hui proposés par le GRETA dans le Maine-et-Loire et en Vendée.
Le cahier des charges est accessible à tous les organismes de formation qui le souhaitent.

Contact → GRETA et Gérontopôle des Pays de la Loire

[48] *http://www.ifso-asso.org/formation_continue.php*



Le forum régional nutrition

La SRAE nutrition des Pays de la Loire organise tous les deux ans un congrès pour les professionnels : diététiciens, médecins, éducateurs, infirmières, cuisiniers, étudiants mais aussi pour les élus de collectivité. C'est l'occasion pour les professionnels d'actualiser les connaissances et leurs pratiques quant aux enjeux régionaux en nutrition.

Entre 650 et 800 professionnels participent à chaque édition.

Extrait de l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique (28)

Objectif 18 : Développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux

Action 40 : Améliorer la formation initiale et continue des professionnels travaillant dans les établissements médico-sociaux 58



Des structures d'appui et de coordination pour les professionnels

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) à la coordination

Créées par un décret de 2016[49], les Plateformes Territoriales d'Appui viennent mettre en cohérence les dispositifs existants, dans une logique de missions partagées, pour proposer un guichet unique au carrefour des secteurs sanitaires, sociaux et médicaux sociaux.[50]

Les PAT sont facilement accessibles. Elles s'adressent à tous les professionnels intervenant auprès d'un patient vivant à domicile. Les auxiliaires de vie peuvent par exemple facilement faire part d'un problème. C'est le coordinateur de la PTA qui prendra ensuite contact avec le médecin traitant.



EN VENDÉE → DAPS-85

L'association DAPS-85[51], constituée en 2020, porte aujourd'hui une Plateforme Territoriale d'Appui à la coordination des professionnels de santé sur le département de la Vendée.

Soutenue par l'ARS des Pays de la Loire, le Conseil Départemental de Vendée et la CPAM de Vendée, la plateforme est constituée à l'initiative des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elle vise à faciliter la recherche d'informations, de coordonnées et de structures pour tous les professionnels de santé de territoire. Un coordinateur de parcours de la plateforme met en relation tous les acteurs qui n'ont pas le temps de se mettre autour d'une table pour chaque cas. Un des problèmes rencontrés est l'interopérabilité des outils utilisés par les MAIA[52] et les DAPS avec les logiciels métiers des praticiens libéraux.

Depuis sa création, la DAPS-85 n'a, pour l'instant, jamais été sollicitée pour une question relative à l'alimentation des séniors. Cela montre que cet enjeu est peu connu des professionnels.

Contact → DAPS Vendée : https://daps-85.fr/



EN MAYENNE → PALEX

PALEX est la Plateforme Territoriale d'Appui de la Mayenne. Elle s'adresse à tout professionnel qui rencontre une difficulté pour accompagner ou prendre en charge une personne relevant d'un parcours de santé complexe. C'est le professionnel qui juge la complexité et de l'opportunité de recourir à PALEX, lequel n'intervient pas directement auprès des personnes mais aide les professionnels à trouver des solutions concrètes en recherchant des ressources et des moyens les plus adaptés. L'accès à PALEX est gratuit et sans formalité.

Contact → PALEX : https://www.palex.fr/

[49] *Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes*
[50] *https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/plateformes-territoriales-d-appui/*
[51] *DPAS : dispositif d'appui aux professionnels de santé*
[52] *MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.*



Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Dans le cadre de la loi sur l'organisation et la transformation du système de santé de 2019[53], les équipes MAIA[54] sont intégrées aux Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC), des services dédiés à l'appui aux parcours de santé pour les personnes en situation complexe.

Les DAC vont désormais regrouper : les MAIA, les réseaux de santé, les Plateformes Territoriales d'Appui et les coordinations territoriales d'appui de PAERPA, voire les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), sur décision du Conseil Départemental. L'ambition est de renforcer l'organisation territoriale des parcours de santé des personnes, en s'appuyant sur les apports et acquis des différents dispositifs de coordination, tout en améliorant leur lisibilité et leur efficacité.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Les CPTS[55] visent à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux, à faciliter la coordination des soins ambulatoires et à favoriser ainsi l'attractivité des territoires. Elles regroupent des professionnels de santé libéraux ou salariés et des établissements médico-sociaux (EHPAD…) de façon volontaire. La CPTS permet la structuration des soins de proximité sur un territoire défini en favorisant une pratique coordonnée.

La CPTS doit identifier une ou plusieurs problématiques en matière de santé pour permettre la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. La problématique de l'alimentation et du risque de dénutrition des personnes âgées peut être un sujet fédérateur.

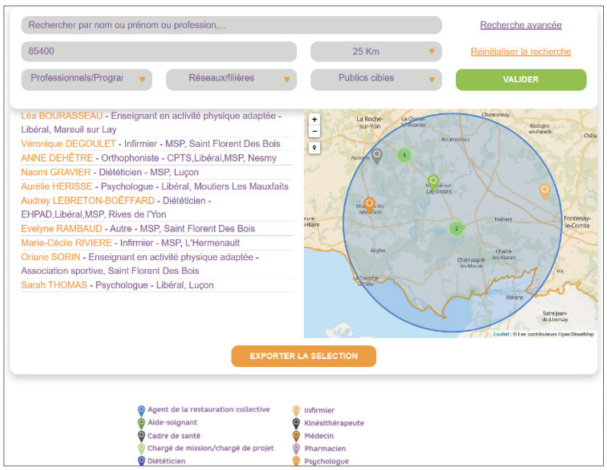
Ce lieu d'échanges permettra petit à petit de faire évoluer les états d'esprits souvent indépendants des différents professionnels de santé.

Carto'nut : un outil de recherche régional dédié à la nutrition

CARTO'NUT

La SRAE Nutrition met à disposition un outil cartographique « Carto'Nut » pour aider les professionnels dans leur recherche et valoriser le réseau des acteurs autour de la nutrition en Pays de la Loire.

Exemple de recherche sur l'outil Carto'nut



Contact → SRAE Nutrition[56]

[53] *LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé*

[54] *MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Les MAIA associent les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants des secteurs social, médico-social et sanitaire. L'objectif est le soutien à domicile aussi longtemps que possible, dans les meilleures conditions. La MAIA fonctionne grâce au rôle du gestionnaire de cas qui réalise l'évaluation, définit le plan de service individualisé, planifie le recours aux services et assure le suivi de la personne.*

[55] *Les CPTS sont une des mesures du plan de transformation du système de santé « Ma santé 2022 »*

[56] *https://www.sraenutrition.fr/espace-pro/annuaire/presentation-cartonut/*

Les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières

Le domicile représente le lieu privilégié de la population âgée, même fragile. Le médecin généraliste libéral est au cœur du dispositif du suivi de cette population, notamment concernant la prise en charge nutritionnelle de ces patients âgés fragiles.

La plupart des médecins généralistes de ville expriment des difficultés face à la prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes isolées. La présence d'une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière peut les aider dans l'organisation de maintiens à domicile complexes grâce à la réalisation d'évaluations gériatriques globales médico-psycho-sociales et à l'élaboration de plan de soins et d'aides.

Chacun des CHU de la région dispose d'équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières qui interviennent en EHPAD. Avec le soutien financier de l'ARS, l'équipe du CHU de Nantes intervient désormais également en appui des médecins traitants de la métropole nantaise. Cette équipe mobile gériatrique territoriale (EMGT) réalise des évaluations gériatriques en cabinet, organise le suivi post-urgence au domicile et propose un avis téléphonique spécialisé.

Il existe également des équipes mobiles de géronto-psychiatrie, comme celle de la Sarthe.

Tous ces appuis spécialisés participent à une prise en charge adaptée, tenant compte des spécificités de la personne âgée.

Participation à un Comité de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN)

Le rattachement d'un EHPAD et la participation active de membre de son équipe à un CLAN améliore la sensibilisation au sein de l'institution aux problèmes nutritionnels des résidents.

Exemple : Le CLAN départemental de la Sarthe est un bon exemple de l'apport de ces lieux d'amélioration des pratiques. Créé en 2004 initialement pour répondre aux difficultés de prise en charge des dénutritions sévères, le CLAN Sarthe organise des formations, des rencontres professionnelles, pilote des enquêtes terrain, expérimente des outils (gaspillage, dénutrition, alimentation mixée…). Il publie une lettre d'information périodique.

Autres structures nationales d'appuis

L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)[57] propose à ses adhérents une communauté de pratique sur la dénutrition.

La FNAQPA (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées)[58] et **ADEF RESIDENCES** ont initié une expérimentation nationale "Maison gourmande et responsable"[59] dont l'un des objectifs est de diminuer le nombre de personnes dénutries (pendant 2 ans).

Rôles des CCAS

Présents dans chaque commune ou intercommunalité, les Centre Communaux d'Action Sociale (CCAS) ont pour rôle de venir en aide aux personnes les plus fragiles. Ce sont l'outil des municipalités pour mettre en œuvre leur politique de solidarité, en particulier envers l'accompagnement des personnes âgées.

[57] *www.anap.fr*
[58] *https://fnaqpa.fr/fr/*
[59] *www.maison-gourmande-responsable.org*

Expérimenter de nouvelles stratégies alimentaires

Le “Manger mains” ou le “sans fourchette®”

L’objectif du “manger mains” est de rendre autonome la personne âgée dépendante en lui permettant d’utiliser ses doigts pour manger et de retrouver du plaisir à manger. Cette stratégie est utilisée en particulier pour les personnes présentant des troubles neurocognitifs évolués. Cela permet à la personne de manger comme elle veut. L’important étant qu’elle mange.

Cinq EHPAD de Vendée ont participé à une étude visant à étudier l’impact de la mise en place d’une alimentation de type “manger-mains” sur le statut nutritionnel et la qualité de vie des résidents. Les résultats montrent un effet bénéfique lors des premiers mois mais un effet de saturation à trois mois entraînant une perte d’appétit voire un refus de s’alimenter. Cela s’explique par la forme unique (cubique) des bouchées et l’amertume des ingrédients d’enrichissement utilisés dans l’étude. (34)

Réussir sur le long terme le “manger mains” est complexe. Le cuisinier doit y être formé pour savoir varier les textures, les formes et les couleurs. Ces dernières doivent rappeler l’aliment. En cuisine, cela nécessite un temps de préparation plus long.

D’autre part, ce mode d’alimentation peut choquer les familles des résidents s’il n’est pas expliqué préalablement.



Ailleurs en France :

L’association Mémoire et santé (Marseille) développe depuis 2011 “Le sans fourchette®”[60] afin de proposer aux personnes souffrant de troubles neuro-évolutifs des sorties gastronomiques au restaurant accompagnées de leurs proches, en coopération avec des restaurateurs volontaires.

L’IREPS (Instance Régionale en Éducation et Promotion de la Santé) de la Nièvre a publié un guide pratique pour la mise en œuvre du manger mains à domicile. Il est disponible auprès de l’IREPS Pays de la Loire[61] et des centres de ressources documentaires de chaque département.

Apport du design thinking en restauration collective

L’expérience de Restau’co et Nutriculture

Restau’co[62] est le réseau interprofessionnel de la restauration collective. C’est également un organisme de formation. Le secteur médico-social représente près de la moitié de la restauration collective.

Nutriculture[63] est un organisme reconnu d’utilité sociale qui propose une multitude d’outils simples autour de l’alimentation : compréhension, aide à la réalisation, évaluation...

[60] *www.lesansfourchette.com*
[61] *www.irepspdl.org*
[62] *https://restauco.fr*
[63] *https://www.nutri-culture.com/fr/*

Le design thinking est une démarche de conception inspirée de la méthodologie du design d'objets. L'intérêt de cette approche en alimentation des séniors et tout particulièrement en institution est l'empathie recherchée avec l'objet (le plat cuisiné) et le client (la personne âgée qui va le manger). Les étapes d'un processus de création selon le design thinking sont les suivantes :

> comprendre l'utilisateur (la personne âgée dans notre cas) à travers ce qu'il fait, pense, ressent et dit mais aussi de ces incapacités...,
> définir le problème en prenant en compte le référentiel (les besoins nutritionnels par exemple),
> trouver la solution sans préjugés et dans un esprit d'innovation,
> prototyper et tester sa solution pour avoir un retour de l'utilisateur et affiner la solution.

L'école du Design de Nantes forme au design thinking en formation continue.

Nutriculture et Restau'co proposent aux équipes de restauration des EHPAD d'améliorer leurs pratiques des repas en utilisant cette démarche.

Le résident est l'expert de son quotidien. Si l'assiette n'est pas consommée, c'est que l'on s'est trompé. Prendre le temps d'observer les personnes âgées manger va permettre d'individualiser l'aide à leur apporter (organisationnelle, humaine ou technique).

Le résident doit pouvoir identifier ce qu'il a dans son assiette (attention aux bouillies non identifiables, toutes de la même couleur et sans forme, au mixé).

Exemple en Pays de la Loire : 

Le CLAN Sarthe à la suite d'une enquête montrant qu'environ un tiers des repas n'étaient pas consommés en totalité par les résidents a mis au point un outil pour comprendre pourquoi le repas d'une personne âgée n'a pas été consommé dans sa totalité : Nutrisoin®. Ce questionnaire[64] aborde le repas (organisation et qualité) et l'état de la personne. Il a pour objectif de trouver des solutions concrètes pour lever les freins à la consommation du repas.

L'outil peut être utilisé tant en établissement qu'au domicile (intégré par exemple au cahier de transmission).

Contact → CLAN Sarthe

Des textures d'aliments adaptés

Entre la presbyphagie (vieillissement de la déglutition) et la diminution des capacités masticatoires, il est important de trouver des modes de cuisson qui rendent tendre les aliments pour garder la diversité alimentaire et prolonger l'autonomie pour manger. On évitera par exemple les cuissons sur grill.

Il est parfois nécessaire de proposer une alimentation mixée à un patient présentant des troubles de la déglutition. L'indication de cette alimentation doit être accompagnée d'un suivi orthophoniste et doit être remise en cause périodiquement. Rappelons qu'il y existe deux paliers entre l'alimentation normale et l'alimentation mixée : avec petits morceaux tendres ou finement hachée et lubrifiée.[65]

Pour un cuisinier, il est difficile de maintenir une motivation dans son travail lorsqu'il doit préparer un bon repas pour ensuite le déstructurer.

[64] *Le questionnaire Nutrisoins® est présenté en annexe page 65.*
[65] *L'adaptation des textures doivent être établies selon les recommandations internationale IDDSI (37). Le diagramme de classification des textures modifiées est présenté en annexe.*



L'usage des gélifiants et la recherche d'équivalences visuelles

L'utilisation de moules rappelant des formes d'aliment non mixés et le respect de la couleur habituelle et connue de l'aliment facilitera la compréhension de ce qu'il y a dans l'assiette, surtout pour les patients désorientés.

Les gélifiants mais plus encore les épaississants, qui ont l'avantage de ne pas fondre s'ils sont conservés un moment dans la bouche comme les gélifiants, participent à la lutte contre la dysphagie et les fausses routes qui sont une cause de complications infectieuses pulmonaires mais aussi dissuadent la personne âgée de manger suffisamment.

Livret de recettes enrichies

L'association Silver fourchette qui promeut une alimentation plaisir et santé pour les plus de 60 ans vient de réaliser un livre de recettes enrichies pour les acteurs du domicile et les aidants (38).

Disponible sur : https://www.silverfourchette.org/blog/livre-de-recettes-de-la-cademie-silver-fourchette/

Le CLAN départemental de la Sarthe a expérimenté puis publié une livre de recettes et de conseils sur l'alimentation mixée, fractionnée, adaptée et enrichie. « Révolution mixée et art culinaire »

Disponible sur : https://revolutionmixee.fr/



Exclure les régimes d'exclusion

Trop de régimes restrictifs (pauvre en sel, en graisse, en sucre…) sont encore poursuivis voir prescrits aux personnes âgées. Leur balance bénéfice/risque est défavorable en raison d'un risque accru de dénutrition. Les dernières recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé de la Société francophone Nutrition clinique et métabolisme (SFNCM) et de l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) le rappellent fermement. (39) (40)

Par exemple, l'alimentation thérapeutique "pauvre en sel" est associée à une réduction des apports nutritionnels du fait que sans sel, l'alimentation est plus fade. Sa seule indication chez l'adulte âgé est la décompensation cardiaque aiguë sévère et pour une courte durée.

Avis du Conseil National de l'Alimentation

> "**4** - Les régimes alimentaires restrictifs peuvent avoir des conséquences néfastes sur le statut nutritionnel du sujet âgé. Le CNA recommande de mettre en œuvre une communication médiatique de grande ampleur en direction du public et des professionnels de santé pour lutter contre les régimes restrictifs qui ne seraient pas dûment justifiés par des raisons de santé."(20).

[66] *Le terme "Silver" fait référence à la couleur argentée des cheveux des personnes âgées. Il est surtout utilisé pour parler de la "Silver Economy".*

Des programmes de recherche

Le projet de recherche Renessens

Renessens[67] (Réussir Ecologiquement une Nutrition Equilibrée et Sensoriellement adaptée pour Senior - ANR-13-ALID-0006) est un projet de recherche développé en Bourgogne qui a pour objectif de développer des solutions permettant de personnaliser la prise en charge des personnes âgées dépendantes pour leur alimentation. L'école supérieure d'agriculture d'Angers est associée à ce programme de recherche.

4 axes sont explorés :

> l'identification des profils de mangeurs au sein de la population âgée dépendante,
> le développement d'une offre alimentaire adaptée aux besoins et aux capacités de la personne âgée, en respectant ses habitudes et ses préférences,
> l'utilisation des techniques de la gastronomie moléculaire pour redonner une forme aux aliments mixés et du plaisir gustatif aux séniors,
> l'individualisation de l'alimentation par les structures d'hébergement des séniors.

Suite à ces travaux, un excellent guide d'information et de conseils pratiques à destination des personnes âgées et de leurs aidants a été mis au point par le l'INRAe et le CHU de Dijon : guide "Grand âge et petit appétit".(35)



Projet ALIM'ÂGE

Le Gérontopôle des Pays de la Loire a initié ce projet collaboratif dont l'objectif est de retarder la perte d'autonomie des personnes âgées vivant à domicile en leur permettant de rester acteur de leur alimentation le plus longtemps possible et prévenir ainsi le risque de dénutrition.

Alim'âge est labellisé par le pôle de compétitivité Valorial et soutenu par la région des Pays de la Loire.
Il s'agit de développer un bouquet de produits et de services modulables pour répondre aux besoins et attentes des personnes âgées dans une approche globale (nutritionnelle et sociale).

Le contenu des offres est co-construit avec les différentes parties prenantes (personnes âgées, aidants et aides à domicile). Ces offres seront expérimentées à l'échelle de trois territoires pour tester l'acceptabilité, en vue du déploiement par des structures de services à la personne. Exemples de projets de services proposés : portage de paniers prêts à cuisiner et de préparations adaptées aux personnes âgées, ateliers de lien social (goûters partagés…).

Alim'âge se déroule sur la période 2020-2022 en associant les compétences pluridisciplinaires de :

> un cabinet de conseil (ALTIC), pilote du projet,[68]
> 2 PME spécialisées dans l'alimentation des séniors : Saveurs et Vie, (entreprise de portage de repas à domicile) et SADAC-Cyranie (fabricant de solutions nutritionnelles),
> 3 structures d'aide à domicile (ADMR 44, ADMR 85 et AMPER, structure de la MSA Services pour le 56),
> 1 laboratoire de recherche : l'Ecole Supérieure d'Agriculture d'Angers
> une diététicienne et un psychologue

Contact → Altic

[67] *https://www2.dijon.inrae.fr/senior-et-sens/renes1.php*
[68] *https://www.altic-conseil.com/altic-partenaire-du-projet-alimage/*

De nouveaux métiers

Assistant hôtelier en EHPAD

Même si les EHPAD ne sont pas des hôtels car ce sont des lieux d'habitat et non d'hébergement de passage, les métiers hôteliers sont présents dans les établissements de santé. Les EHPAD souhaitent procurer plus de confort et de bien-être à leurs résidents et se tournent vers des équipements identiques aux hôtels.

Mélanie RAGADU, dans son mémoire (41) précise que pour l'instant le poste d'assistant hôtelier n'existe pas en tant que tel. Elle définit ce nouveau métier de la façon suivante :

> Il ne fait pas partie de l'équipe de soin.
> Il est un complément polyvalent qui apporte ses compétences sur l'hébergement et la restauration.

Ces missions regroupent :

> le suivi de la gouvernante,
> le suivi de la satisfaction des résidents en ce qui concerne l'hébergement et la restauration,
> l'organisation et l'animation de l'espace restauration.

Il travaille en collaboration avec de nombreux agents et services (blanchisserie, cuisine, agents de service, gouvernante). Il fait le lien entre les résidents et l'équipe soignante. Il est sous la tutelle directe du directeur.

Cuisinier spécialisé en restauration "sénior"

Cuisiner pour des personnes âgées est un art spécifique qui prend en compte les contraintes spécifiques liées au vieillissement.

Parmi les éléments à prendre en compte, nous pouvons citer :

> la texture adaptée et les techniques culinaires adaptées (de la cuisson tendre au mixé, usage des épaississants)
> des apports adaptés (en termes de nutriments et d'énergie) aux gros mangeurs, petits mangeurs, (connaissance des apports nutritionnels conseillés, des enrichissements protéiques, de l'impact des maladies...),
> adaptation de l'environnement du repas (couverts, posture, salle à manger...)
des formes et des couleurs adaptées aux habitudes alimentaires, aux déficiences sensorielles, aux problèmes cognitifs...

Le lycée hôtelier Sainte Anne de Saint Nazaire a organisé il y a quelques années un concours culinaire pour les chefs d'EHPAD qui a permis de partager les savoir-faire, de valoriser l'innovation culinaire, tout en respectant un budget extrêmement contraint.

L'Académie Silver fourchette, portée par le Groupe SOS Séniors organise un séminaire des chefs d'EHPAD, journée de formation aux techniques culinaires adaptées aux troubles alimentaires des séniors et depuis 2020 un véritable programme de formation complet pour les cuisiniers d'EHPAD.

Contact → Académie Silver fourchette[69]

[69] *https://www.silverfourchette.org/academie2020/*



Vers une cuisine dite « responsable » en restauration collective des établissements accueillant des personnes âgées

Faciliter l'approvisionnement en aliments "bio"

En lien avec le service de l'offre d'accueil et de service de la direction de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du Conseil Départemental de la Vendée, et pour répondre aux objectifs de la Loi Egalim (6), le Groupement des agriculteurs bio de Vendée (GAB 85) accompagne les EHPAD sur :

> l'identification des besoins propres de chaque EHPAD,
> la mise en relation avec des producteurs bio proches de l'EHPAD sur les produits ciblés.

Le réseau des GAB en Pays de la Loire propose un accompagnement des responsables de restauration collective dans tous les départements.

Contact → Coordination agrobiologique des Pays de la Loire[70]

Du local dans les restaurants des EHPAD

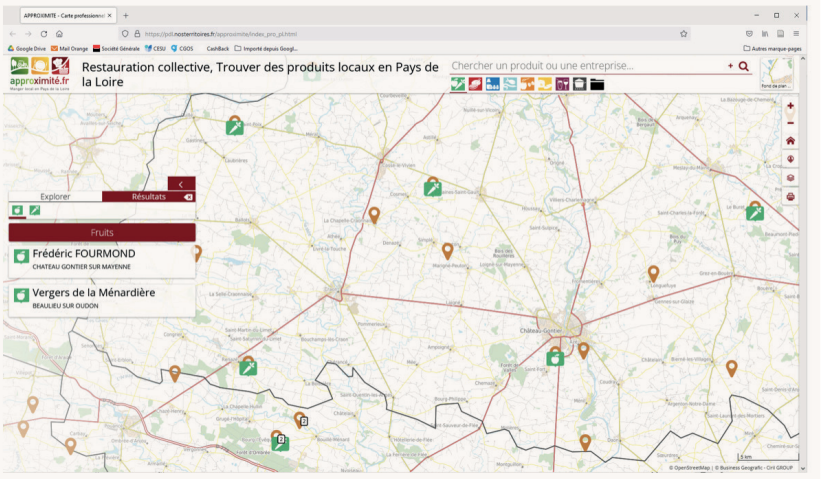
Le Conseil Départemental de la Sarthe a expérimenté dans plusieurs établissements une démarche pour développer l'approvisionnement en produits locaux dans les repas servis, via le projet « Du local dans les restaurants des Ehpad ». Une boite à outils est disponible sur le site du conseil départemental[71].

Le Conseil Départemental du Maine et Loire, l'association des Maires et la Chambre d'Agriculture ont initié également un réseau pour introduire des produits locaux en restauration collective : "Réseau Local Anjou". Plusieurs outils régionaux existent pour faciliter l'approvisionnement en denrées alimentaires produites localement :

la carte interactive Approximité.fr[72]. Elle recense les exploitations ligériennes vendant aux professionnels.

le site approlocal.fr. C'est un outil de commande en ligne des produits des Pays de la Loire et des départements limitrophes.

Exemple de la carte interactive approximité.fr



[70] *https://www.biopaysdelaloire.fr/*
[71] *https://www.sarthe.fr/developpement-territoires-environnement/boiteaoutils-ehpad*
[72] *https://pdl.nosterritoires.fr/approximite/index_pro_pl.html*

Moins de gaspillage alimentaire dans les EHPAD

Le coût matière du gaspillage alimentaire est estimé à 0,27€ par repas dans les établissements (source Maison gourmande). Eviter le gaspillage alimentaire permet d'investir l'argent non perdu dans des aliments de meilleure qualité. Cet effort vertueux est un levier financier pour mettre de la qualité dans l'assiette qui peut être résumé par le slogan "Acheter un aliment de qualité a un prix, ne pas l'acheter a un coût".

La lutte contre le gaspillage passe par trois niveaux de réflexion :

> pourquoi ce n'est pas consommé ? Mauvaise connaissance des habitudes et des goûts alimentaires des
> résidents, mauvaise qualité de l'alimentation, préparation ou cuisson inadaptées ?
  que faire des sous-produits non cuisinés jusque-là : fanes de radis, pieds de brocolis, etc.
> évaluer avec la pesée des déchets.

Enfin, le gaspillage ne concerne pas seulement le gaspillage alimentaire mais aussi le gaspillage humain, technique et financier lorsque les solutions apportées ne sont pas les bonnes. Par exemple, le coût des conséquences de la dénutrition, le temps d'épluchage de certains légumes, etc.

L'ADEME a publié un guide de bonnes pratiques pour lutter contre le gaspillage. (42)

La FNAQPA (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées) et ADEF RESIDENCES ont initié une expérimentation nationale "Maison gourmande et responsable"[73] dont l'un des objectifs est la diminution du gaspillage alimentaire. Cette initiative regroupe 500 EHPAD dont une trentaine en Pays de la Loire.

L'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) propose également à ses adhérents une communauté de pratique sur la réduction du gaspillage alimentaire.

Une démarche responsable commune à tous les restaurants collectifs

Des EHPAD ont rejoint la démarche "mon restau. responsable"[74] qui regroupe des restaurants collectifs engagés, tant des restaurants scolaires que des restaurants d'entreprises ou d'établissements médico-sociaux. La démarche permet aux restaurants de travailler sur quatre thèmes : le bien-être des convives, des approvisionnements responsables (bio, local…), des écogestes (réduction des déchets, économies d'eau et d'énergie, entretien…) et une amélioration des conditions sociales des équipes.

Exemple en Pays de la Loire :



A l'initiative de Pierre MADIOT, responsable des cuisines, le CHU d'Angers qui assure la préparation de repas également pour des EHPAD, s'est engagé en 2018 dans une démarche responsable.

[73] *www.maison-gourmande-responsable.org*
[74] *www.monrestauresponsable.org*



Des professionnels médicaux et para-médicaux parfois oubliés

Les diététiciens

La présence d'une diététicienne, à temps partagé entre plusieurs EHPAD, pleinement intégrée à l'équipe assure une vigilance régulière sur l'état nutritionnel des résidents et un meilleur suivi des recommandations de la HAS (pesée mensuelle des résidents par exemple).

Rappel de l'Avis du Conseil National de l'Alimentation (20)

> "**18** - Le CNA recommande que chaque établissement d'hébergement de personnes âgées s'attache les services d'un(e) diététicien(ne) formé(e) à la nutrition des personnes âgées pendant une demi-journée au moins par semaine et que cette disposition soit financée non sur le budget hébergement mais sur le budget soin."

En ville, le non remboursement des consultations diététiques freine le recours aux diététiciens. En revanche, dans le cadre de certaines expérimentations[75] de parcours coordonnés comme D-Nut, la prise en charge de l'intervention d'une diététicienne est possible.

Les orthophonistes

Il est bon de rappeler que les orthophonistes sont les spécialistes des dysphagies et de la presbyphagie. Les troubles de la déglutition peuvent bénéficier d'une rééducation spécifique qui permettra de maintenir une meilleure alimentation.

Les chirurgiens-dentistes

Sans un bon état bucco-dentaire, il sera difficile de maintenir une bonne alimentation. La population âgée est confrontée à une difficulté d'accès au dentiste car cela nécessite un déplacement au cabinet dentaire. Le traitement des caries, l'adaptation de prothèses dentaires devenues inadaptées ou le remplacement d'une dent tombée seront au mieux retardés au pire jamais réalisés.

D'autre part, la perte d'autonomie empêche une hygiène orale correcte. Elle nécessite souvent le recours à une tierce personne, peu formée aux soins de bouche.

Rappelons enfin que l'édentement, comme l'ensemble des pathologies bucco-dentaires, constitue un obstacle majeur à la communication et à la vie sociale, et peut être source d'isolement. (23)
Malheureusement, certains territoires de la Région Pays de la Loire font face à une pénurie de chirurgiens-dentistes. Par exemple, le département de la Sarthe compte près de deux fois moins de praticiens que la moyenne nationale (3,7 chirurgiens-dentistes pour 10 000 habitants, contre 6,7 en France).[76]

D'autre part, les chirurgiens-dentistes sont peu formés au vieillissement et à ses troubles associés (sarcopénie des muscles masticateurs, vieillissement parodontique, dénutrition…).

[75] *Article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2018*
[76] *Ordre départemental des chirurgiens-dentistes de la Sarthe*



Plan national de prévention bucco-dentaire

Mis en œuvre depuis 2007, ce premier plan de santé publique dans le domaine bucco-dentaire relève les problèmes des personnes âgées dépendantes et encourage des expérimentations en EHPAD.

Cf. https://solidarites-sante.gouv.fr/le-plan-de-prevention-bucco-dentaire

Expérimentation d'un service mobile de santé dentaire dans les EHPAD

Le bus « Handident » est un cabinet dentaire mobile, accessible aux personnes à mobilité réduite. Il assure des tournées au plus près des personnes en situation de handicap. Ce bus nécessite un chauffeur en plus du chirurgien-dentiste et de son assistante dentaire.

SMS Dent expérimente une autre formule : une camionnette qui permet le déplacement du matériel (fauteuil, scialytique, etc.) vers une salle mise à disposition par l'EHPAD pour un cabinet dentaire éphémère.

Cette expérimentation est mise en place dans le Pays salonais (Provence)[77]. Les soins effectués sont : détartrages, traitements de caries, soin de racine, extractions, réparation de prothèse.

Les pharmaciens d'officine

Professionnel de santé le plus accessible, le pharmacien peut développer des actions de dépistage et repérage de la malnutrition et de la dénutrition de sa clientèle à travers notamment l'utilisation de questionnaires type PARAD et surtout en offrant à ses patients la possibilité de se peser grâce à une balance en libre-service. Le poids devant alors être noté dans le logiciel métier du pharmacien afin de pouvoir évaluer une éventuelle modification du poids.

La pharmacie peut devenir un centre de dépistage et d'information lors de la semaine de la dénutrition (pesée, MNA, test de force musculaire type Hand Grip….)

D'autre part, les pharmaciens ont la possibilité d'effectuer un "bilan partagé de médication"[78]. Réalisé lors d'un entretien pharmaceutique, ce bilan est pris en charge pour les patients de plus de 75 ans et prenant plus de cinq médicaments[79]. La polymédication de la personne âgée est source de fragilité et augmente le risque de dénutrition. Ce bilan peut être l'occasion de faire un point avec le médecin prescripteur sur l'impact des médicaments sur l'alimentation : médicaments aggravant la sécheresse buccale, modifiant le goût, donnant des troubles intestinaux, etc.

Ce bilan partagé de médication a fait l'objet d'une expérimentation en région Pays de la Loire avant sa généralisation.

Les infirmiers libéraux

Conscients de l'importance de la dénutrition et du rôle qu'ils pouvaient jouer pour lutter contre celle-ci, les infirmiers des Pays de la Loire, à travers l'URPS38 infirmiers ont monté le programme D-Nut®.

Les infirmiers de pratique avancée disposent d'un nouveau droit de prescription, restreint, mais qui pourrait être élargi à la prescription et au renouvellement des compléments nutritionnels oraux (CNO).

[77] *Gérontopôle Sud http://www.gerontopolesud.fr/*

[78] *Plus d'information sur le site du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens http://www.ordre.pharmacien.fr/*

[79] *Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie*



Apporter au domicile les repas ou les aliments

Les plateaux repas livrés à domicile



Le portage de repas à domicile permet aux personnes âgées qui rencontrent des difficultés à cuisiner ou à faire les courses, de rester à domicile. Il concerne aujourd'hui quelques 80 000[80] personnes en France. De nombreux acteurs sont présents sur ce marché : les sociétés de portage de repas, mais aussi La Poste et des EHPAD qui expérimentent des services « hors les murs ».

Le portage des repas à domicile présente un intérêt certain dans la prévention et la lutte contre la dénutrition au sein de la population âgée dépendante à domicile. Une chercheuse du Centre des sciences du goût et de l'alimentation de Dijon a montré l'impact positif de la mise en place d'un service de portage sur l'état nutritionnel des personnes âgées, notamment lorsque ce service s'accompagne d'interventions nutritionnelles personnalisées (conseil diététique, ajout d'aliments riches en énergie/protéines). (43)

Livrer des repas pour une personne âgée, c'est plus que livrer un simple plateau repas. Celui-ci doit prendre en compte les spécificités générales de la personne âgée (enrichissement protéique, goût renforcé…) et être personnalisé aux attentes et à la situation de chacune. A la maison, les personnes n'ont ni envie de diététique ni de contraintes. La personne âgée doit garder sa liberté de choisir des aliments qu'elle apprécie, type charcuterie etc. de sa consommation habituelle, traditionnelle.

Avec la livraison des repas, la personne ne fait plus la cuisine. Il n'y a plus d'aliments dans la cuisine, parfois plus de condiments. Ceci peut entraîner une démotivation à manger.

Une alternative aux plateaux repas : le portage des courses

Pour les personnes âgées qui peuvent cuisiner mais pour qui faire les courses est difficile, il est possible d'utiliser la livraison des courses (Drive des grandes surfaces, panier AMAP[81]…).

Les services de portage de repas pourraient également fournir un service de livraison des aliments et ingrédients pour cuisiner.

[80] *Chiffre rapporté par Ségolène Fleury dans sa thèse "Le portage de repas à domicile : enjeu et impact de ce service sur le statut nutritionnel de la personne âgée dépendante. (Université Bourgogne Franche-Comté, 2021)*

[81] *AMAP : Association pour le maintien d'une agriculture paysanne http://www.reseau-amap.org/*

Sensibiliser les adultes et les aidants

Nous sommes tous de futurs séniors

Cibler l'action sur uniquement les personnes âgées est une erreur pour deux raisons principales. D'une part, notre alimentation à l'âge adulte influencera la qualité de notre vieillissement en bonne santé. D'autre part, connaître quelques caractéristiques de l'évolution de nos besoins alimentaires avec l'âge sera bénéfique pour chacun une fois les années passées et dès maintenant lorsque nous sommes en contact avec les personnes âgées de notre entourage.

Exemple de l'action de sensibilisation de l'association Siel Bleu[82] auprès de ses 700 salariés. L'opération abordait la dénutrition pour que les salariés deviennent ensuite des "lanceurs d'alerte" auprès de leur famille.

Les aidants

Sensibiliser les aidants aux enjeux de l'alimentation des personnes âgées qu'ils accompagnent est primordial, en particulier sur les nombreuses idées reçues (cf. § Particularités de l'alimentation des séniors). Sans compter l'importance sociale qu'a l'aidant, dont les effets bénéfiques sur l'appétit sont démontrés.

La Maison des AidantsⓇ

L'association "La Maison des Aidants" accompagne les aidants : formation, ligne d'écoute, orientation.

Des actions de promotion et d'éducation à la santé

Exemple de l'association régionale "Du pain sur la planche"

L'association de diététiciens "Du pain sur la planche" propose des ateliers nutrition à différents publics dont les retraités. Elle intervient à la demande de collectivités territoriales ou de structures d'accompagnement des publics fragiles. L'association se mobilise pour la lutte contre la dénutrition à l'occasion de la semaine de la dénutrition en organisant dans différents endroits de la région des actions de sensibilisation en maisons de santé, en officine ou sur les marchés : recettes enrichies, dépistages…

Contact → Association Du pain sur la planche[83]

Bien s'alimenter même avec un petit budget

Exemple du programme de promotion de la santé "Opticourses"

Initié en région PACA par le professeur en nutrition et santé publique Nicole DARMON, Opticourses cherche à répondre aux problèmes d'approvisionnement en aliments de bonnes qualités par les personnes avec des contraintes budgétaires fortes. Il vise à améliorer la qualité nutritionnelle des approvisionnements en s'appuyant sur des ateliers ludiques et un partage de savoir-faire et d'astuces. Le programme est en cours d'essaimage grâce au réseau des villes "Vivons en forme"[84].

[82] *La fondation Siel bleu promeut l'activité physique adaptée aux différentes situations de handicap ou de fragilité.*

[83] *https://www.dupainsurlaplanche.org/ - L'association « Du pain sur la planche » a pour objectif la prévention primaire en promotion et éducation à la santé en lien avec la nutrition (alimentation et activités physiques) sur la région des Pays de la Loire.*

[84] *https://vivonsenforme.org/*



RECOMMANDATIONS

Avec l'activité physique, l'alimentation est un des moyens pour maintenir une bonne qualité de vie le plus longtemps possible. Cela passe par des repas de qualité.

Qu'est-ce qu'un repas de qualité ?

C'est un apport en nutriments adapté à la situation physiologique ou pathologique. Ce sont des plats appréciés gustativement. Et c'est un repas pris dans des conditions et un environnement agréables. C'est à la fois une affaire personnelle et en même temps, c'est l'affaire de tous.

Recommandations pour les établissements (résidences et EHPAD)

Nous faisons le constat que de nombreux professionnels, de la direction aux auxiliaires de vie, ne se sentent pas concernés par la thématique nutritionnelle dans les EHPAD. Ceci est souvent lié à une méconnaissance voire à des représentations erronées comme par exemple qu'un vieillard doit être maigre et qu'il a des besoins alimentaires faible puisqu'il ne bouge pas beaucoup.

L'alimentation : un projet d'établissement fédérateur

En faisant de l'alimentation un véritable projet d'établissement, cela permet de fédérer l'ensemble des parties prenantes, autour de trois piliers engageants : santé, plaisir, durable.

Deux leviers peuvent accélérer le processus. D'une part, la sensibilisation par la formation des équipes et d'autre par la réglementation. En s'appuyant sur les objectifs de la loi EGALIM, il est possible de valoriser le rôle de la cuisine et la qualité des produits et des repas.

Un référent dénutrition par établissement

Par exemple, le déploiement du projet D-Nut dans les EHPAD ligériens peut permettre la mise en place systématique de référent dénutrition dans les établissements. Cette personne veille et rend compte de l'état de santé nutritionnel des résidents.

Former des cuisiniers spécialisés

Être cuisinier dans une cantine scolaire ou dans une résidence accueillant des personnes âgées, ce n'est pas le même métier. La Région est responsable des lycées. Elle peut être à l'initiative de la création d'un cursus « cuisinier spécialisé séniors » et de concours d'excellence en ce domaine.

La Silver économie : un développement économique possible dans le domaine alimentaire

Le tissu agro-industriel de la région des Pays de la Loire est un atout. La Silver économie est également un axe d'opportunités pour ce domaine. Par exemple, le développement d'aides culinaires adaptés aux plats pour personnes âgées est à encourager : produits d'enrichissement protéique, produits texturants…

Sortir de l'impasse de la prise en charge bucco-dentaire des séniors

Une problématique récurrente en établissement est la prise en charge des troubles bucco-dentaires. Ces difficultés diminuent la prise alimentaire du résident concerné. Il n'est pas toujours possible de l'emmener chez le dentiste. Plusieurs recommandations peuvent être proposées : créer un système permettant la prise en charge d'un transport sanitaire pour les patients ayant besoin d'un soin dentaire. Il pourrait également être expérimenté en région Pays de la Loire les dentistes itinérants pour les soins de base. Enfin, il est recommandé que chaque établissement accueillant des personnes âgées dépendantes nomme et forme[85] un Correspondant santé orale (CSO). Cette personne a la responsabilité du suivi des résidents et de l'accompagnement du personnel pour maintenir un bon état bucco-dentaire.

Accueillir dans de bonnes conditions les personnes âgées obèses

La part des personnes en surpoids ou obèse augmente en France depuis plusieurs années. Les établissements doivent se préparer à accueillir une part non négligeable de résidents obèses, plus difficiles à mobiliser et pour lesquels assurer certains soins de base se révèle complexe. Un investissement en matériel adapté est nécessaire : lits adaptés, soulève-malades adaptés, balances adaptées…

Consacrer un budget décent à l'alimentation

Il est difficile de trouver l'équilibre entre les besoins alimentaires et les contraintes économiques en EHPAD et aussi l'équilibre entre le rythme des résidents et les horaires de travail du personnel.[86]

Pour se nourrir convenablement, il faut des moyens :

> pour acheter la nourriture,
> pour cuisiner (avec des cuisiniers spécialisés en cuisine "sénior"),
> pour servir et aider les résidents. Ce personnel de salle doit être formé et en nombre suffisant, disponible aux heures de repas.

Le Conseil National de l'Alimentation recommande plus de 4€ (en 2021) par jour par résident (hors enrichissement protéique). Actuellement, le coût moyen en EHPAD est de 2 à 3 € par jour. Ce défaut d'investissement dans le préventif transfère les coûts dans le curatif (apparition d'escarres, augmentation des chutes…). Pour les EHPAD publics, dont les achats sont de plus en plus mutualisés, le système des marchés publics avec appels d'offre tire mécaniquement les prix vers le bas et donc la qualité alimentaire diminue. Une observation et une analyse fine d'indicateurs de qualité (relevé du gaspillage, nombre de résidents dénutris, nombre d'hos-pitalisations, turn over du personnel, absentéisme, nombre de compléments nutritionnels oraux prescrits (CNO)…) sont nécessaires.

Avec les économies réalisées en prévenant la dénutrition et ses complications, on peut payer plus de personnel et des aliments de meilleure qualité.

> "Assiette mangée, résident content, moins de morbidité"

Rappel de l'Avis du Conseil National de l'Alimentation (20)

"**19** - Compte tenu de la place importante du plaisir alimentaire dans la prévention des risques de dénutrition du sujet âgé, le CNA estime qu'en institution, le budget consacré à l'achat de denrées alimentaires ne devrait pas être inférieur à 3,5 euros / résident / jour (prix de 2005)."

[85] *L'union française pour la santé bucco-dentaire propose des formations pour devenir correspondant pour la santé orale en EHPAD.*
[86] *Selon une enquête Que choisir de 2015, l'horaire moyen du dîner en EHPAD est à 18h25.*

La question du financement des EHPAD

Ces recommandations sur le prix des repas, interroge le financement des EHPAD. Une partie du budget des EHPAD est fonction du GIR des résidents. Plus le GIR[87] est dégradé, plus le budget alloué est élevé. Or, plus les résidents sont dénutris, plus le GIR se dégrade. Et si les aspects nutritionnels et alimentaires sont bien pris en compte, le GIR va s'améliorer et le budget alloué sera diminué. C'est un système non vertueux.

Nous recommandons d'intégrer parmi les critères de financement des résidences accueillant des personnes âgées, un indicateur relatif à la situation nutritionnelle des résidents (dépistage systématique de la dénutrition, proportion de résidents dénutris…).

Repas : suivre les bonnes pratiques

- Des horaires et un rythme des repas adaptés.
  Prévoir plus de temps pour le repas[88], augmenter le nombre de prises alimentaires en ajoutant une collation à distance d'au moins 2 à 3 heures des repas principaux (au goûter et/ou au souper), éviter un jeûne nocturne de plus 12 heures[89].
- Un environnement et une ambiance des repas qui permettent au convive de manger bien quelles que soient ses facultés :
  - > confort sonore : veiller à la non résonance de la salle à manger, à un nombre de convives pas trop élevé, pas de fond sonore type télévision. Ces bruits de fond sont amplifiés par les appareils auditifs et trop de bruit est corrélé à une baisse de l'appétit.
  - > confort visuel : veiller à une luminosité adaptée (pas d'éblouissement mais assez claire), servir des plats aux formes et couleurs identifiables (surtout en cas de texture modifiée), nappes unies, pas d'écran.
  - > lien social : éviter de manger trop souvent tout seul, permettre le choix des voisins de table, en institution : permettre de manger avec sa famille régulièrement, favoriser l'intergénérationnel (goûter partagé…)
  - > installation confortable : siège adapté, à la bonne distance et à la bonne hauteur par rapport à l'assiette (vigilance spéciale si la personne est en fauteuil roulant), tête orientée vers l'assiette et non pas vers le haut (vers un écran par exemple ou vers un aidant souvent plus grand et debout).
- Faciliter l'alimentation par des textures adaptées : avec des recettes de plats faciles à découper, à mâcher.

Rappel de l'Avis du Conseil National de l'Alimentation (20)

> "**21** - S'agissant du temps consacré aux repas, il devrait être suffisant pour permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir convenablement. Le CNA recommande qu'il soit au moins égal à 30 minutes au petit déjeuner, à une heure au déjeuner et à 45 minutes au dîner. En outre, un goûter devrait être systématiquement proposé et les établissements devraient permettre la prise de collations nocturnes."

[87] *La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe iso-ressource) mise en place depuis 1997 (44) est à la fois un outil d'évaluation de la dépendance d'une personne âgée et un composant du tarif journalier appliquée en EHPAD. Le G.I.R d'un résident peut aller de 1 (personne entièrement dépendante) à 6 (personne entièrement autonome).*

[88] *La durée de repas d'un sénior est de + 25% car il prend du temps pour s'installer, pour manger.*

[89] *Un jeûne nocturne trop long répété au fil des mois favorise la dénutrition. Pendant l'intervalle entre le dîner et le petit déjeuner, l'organisme puise dans ses réserves, en particulier pour les besoins du cerveau.*



Recommandations pour le domicile

Nous faisons le constat qu'en médecine de ville, la nutrition n'est pas une priorité pour les soignants, eux-mêmes rarement formés et sensibilisés. Les outils dédiés aux professions libérales comme D-Nut sont sous-utilisés. L'accès au médecin traitant est difficile pour les professionnels non médicaux du domicile. Le repérage ou les signes d'alertes d'une dénutrition par exemple, restent ainsi souvent non exploités.

Le non-remboursement des consultations de diététicien est un frein majeur à l'accès à ces professionnels.

Sensibiliser aux enjeux de santé publique de la nutrition des séniors

Les collectivités locales sont encouragées à **intégrer un volet spécifique sur l'alimentation des séniors** dans les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT).

La priorité est la sensibilisation à l'importance de la nutrition des séniors chez tous les acteurs médicaux et sociaux. La recommandation est de s'appuyer sur **la semaine annuelle de lutte contre la dénutrition**. Le Conseil Régional et les Conseils Départementaux pourraient organiser une campagne de sensibilisation de tous les acteurs du domicile à cette occasion, en s'appuyant sur l'expertise de la SRAE Nutrition. Ces campagnes peuvent aborder les enjeux de santé de l'alimentation des séniors, la lutte contre les idées reçues dans ce domaine, les repères nutritionnels spécifiques des séniors, etc.

L'outil de repérage PARAD, très simple, est à déployer massivement auprès de tous les aidants et les professionnels intervenant au domicile.

Impliquer d'autres acteurs dans le déploiement du parcours D-Nut permettrait d'élargir la cible aux personnes qui ne bénéficient pas du passage d'un infirmier à leur domicile. Nous pouvons citer, par exemple, les pharmaciens et les aides à domiciles.

La sensibilisation des professionnels du domicile passe par leur formation. C'est un public disséminé et divers, plus difficile à toucher pour leur faire connaître les formations existantes, comme celle financée par l'ARS des Pays de la Loire « Prévention et repérage de la dénutrition de la personne âgée ». De plus, ce sont souvent des indépendants qui ne bénéficient pas d'un programme de formations régulières et financées, comme les salariés d'un établissement par exemple.

Miser sur les plateformes d'appui et de coordination

La deuxième priorité en ville est le développement de guichets uniques, centres ressources pour les acteurs du domicile. L'ARS, le Conseil Régional et les Conseils Départementaux doivent encourager les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) et les Plateformes Territoriales d'Appui à la Coordination (PTAC). Chacun des acteurs doit être informé de leur existence et des possibilités d'y accéder.

Les patients bénéficiant d'une prise en charge globale grâce à un de ces dispositifs devraient pouvoir bénéficier de la prise en charge de consultation d'un diététicien.

Améliorer la prise en charge bucco-dentaire

Comme en EHPAD, l'amélioration de l'état bucco-dentaire des personnes âgées est une priorité également en ville. L'hygiène bucco-dentaire n'est pas une option. Par exemple, l'aide-soignant en charge de la toilette pourrait, sous réserve d'une formation adaptée, être l'équivalent du correspondant santé orale (CSO) proposé en EHPAD. Parallèlement, la formation des chirurgiens-dentistes aux troubles bucco-dentaires liés au vieillissement est à encourager. Il faudrait également trouver un moyen de remédier à l'absence de prise en charge d'un transport sanitaire pour aller chez le dentiste pour les patients de ville dans l'incapacité de s'y rendre par manque d'autonomie.



Développer les bonnes pratiques concernant le portage des repas

Le portage des repas se développe. Des améliorations sont encore nécessaires comme par exemple : la fin des repas sans sel ou appauvris en graisses, la possibilité de fournir des repas enrichis en protéines en cas de maladie. L'autre axe d'amélioration porte sur l'accompagnement comme par exemple prendre le temps d'expliquer le contenu du plateau et les recommandations de préparation lors de la livraison.

Des graduations dans le service proposé sont à développer : depuis la livraison uniquement d'aliments jusqu'aux repas complets.

Maintenir des commerces alimentaires de proximité

Les collectivités territoriales, en particulier les communes sont alertées sur la nécessité de maintenir un maillage territorial suffisant en commerces alimentaires, par exemple dans le cadre d'un projet alimentaire territorial (PAT).

En milieu rural, l'accès à un magasin d'alimentation peut se révéler difficile. De même, dans les petites villes, les zones marchandes se sont éloignées des centres villes. Une piste est le commerce ambulant.

Recommandations transversales valables tant au domicile qu'en EHPAD

S'alimenter doit rester un plaisir

Avant le repas : les courses, le choix des menus.

- Connaître les goûts (et les aversions) et les habitudes alimentaires et les respecter. Par exemple, on évitera de servir trop d'aliments nouveaux inconnus des anciennes générations (les graines de quinoa, le maïs qui est associé à de la nourriture pour animaux…). Avec l'arrivée des premiers végétariens en EHPAD, le référentiel des habitudes alimentaires va changer.
- Encourager à faire soi-même ses courses ou à défaut sa liste de courses, avec l'aide d'aidants professionnels ou familiaux.
- Respecter les recommandations en termes d'équilibre et de variété alimentaires avec souplesse, dans une approche positive (en prêtant une attention particulière à l'apport en protéines et à l'hydratation).
- En institution, pour valoriser les capacités des résidents, ces derniers peuvent participer à dresser la table. Il devrait être permis aux résidents de cultiver un potager et de manger leur production.



Le développement de structures intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD, type familles d'accueil pour sénior ou habitat regroupé, est à encourager. En rompant l'isolement et en favorisant le lien social, elles permettent d'améliorer la convivialité des repas et donc d'améliorer la prise alimentaire des personnes âgées.

Prévenir vaut mieux que guérir

- Prévoir un suivi nutritionnel régulier (pesée mensuelle, surveillance des apports alimentaires par exemple par ce qu'il reste dans l'assiette), au même titre qu'un suivi médical, pour guetter les premiers signes d'une dénutrition.
- Adapter les repas aux besoins selon les situations :
  - > enrichissement protéique en cas de pathologie hypercatabolique,
  - > prise en charge des troubles de la déglutition : évaluer périodiquement l'indication de l'alimentation mixée, en lien avec l'orthophoniste,
  - > maintien de l'autonomie pour éviter une spirale régressive : recettes adaptées, vaisselle adaptée, bouchées à manger avec les doigts…
  - > aide humaine si nécessaire.
- Respecter une bonne hygiène dentaire et un suivi bucco-dentaire régulier.
- Veiller à boire ou faire boire sans attendre la sensation de soif, d'autant plus dans des habitats souvent bien chauffés. Veiller à l'accessibilité de l'eau (pas de grandes bouteille ou carafe trop lourde pour une personne âgée).

Coopérer car c'est complexe

L'acte alimentaire est un phénomène global et complexe. Le nombre d'acteurs impliqués est important et ceux-ci sont très variés. Les personnes âgées sont souvent polypathologiques.

Coopérer, travailler en partenariat est nécessaire. La création de structures d'appui, de réseaux territoriaux ou spécialisés en nutrition vont dans ce sens. C'est un immense défi de travailler de façon réellement coordonnée entre professionnels médicaux (médecins libéraux et hospitaliers, pharmaciens, dentistes) et paramédicaux (infirmiers, diététiciens, orthophonistes). Incorporer les professionnels de proximité sociale dans les réseaux de professionnels impliqués

En institution, l'alimentation peut être un élément fédérateur pour les équipes des établissements qui permet un véritable travail d'équipe entre le personnel des cuisines, de salle et le personnel soignant.

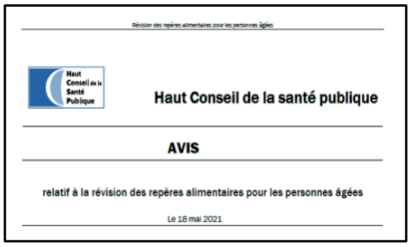
Ce rapport ne peut passer en revue toutes les recommandations. De nombreux guides existent. Deux sont particulièrement complets :

- > Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées (45)
- > Recueil d'actions pour l'alimentation en établissements hébergeant des personnes âgées (46)









Le Conseil National de l'Alimentation a publié de nombreuses recommandations dès 2005. (20) Elles sont toujours d'actualité.

Les recommandations sur l'alimentation des séniors en vigueur sont publiées dans les documents suivants :

- > Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif à la révision des
- > repères alimentaires pour les personnes âgées (28)
  Recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé (40)

CONCLUSION



L'alimentation est un acte essentiel de la vie qui comporte une dimension sociale indissociable. Que ce soit au domicile ou en institution, la notion de plaisir de manger doit être préservée.
L'accès à une alimentation de qualité, saine et durable est un pré-requis.

La population âgée représente une part croissante de la population française.

Dans cette population, le repérage des facteurs de risques de la fragilité que sont la dénutrition et la sarcopénie est une priorité.

L'évaluation gérontologique doit comporter un volet nutritionnel. Au côté d'un maintien d'une activité physique adaptée, le maintien d'un bon état nutritionnel assure une grande part d'un vieillissement réussi. Contrairement aux idées reçues, les besoins nutritionnels des séniors sont au moins égaux à ceux des personnes plus jeunes et dans certaines circonstances pathologiques sont même majorés. Les régimes restrictifs ne sont pas recommandés.

Les personnes âgées, leur famille et les aidants doivent être sensibilisés aux aspects alimentaires spécifiques liés au vieillissement. La formation initiale et continue des professionnels en lien avec les personnes âgées doit prévoir un volet dédié à la nutrition des séniors.

De très nombreuses initiatives existent sur le territoire de la région des Pays de la Loire. Elles contribuent à améliorer la qualité de vie de nos aînés. Mais elles sont loin d'être toutes connues par les personnes en lien de près ou de loin avec l'alimentation des séniors. Peu de coordination existe concrètement.

Des structures tentent de faciliter le lien entre tous les acteurs : la SRAE nutrition qui a su être la structure régionale fédératrice, le Gérontopôle des Pays de la Loire et son Collabinov Nutrition et séniors et les DAC (dispositifs d'appui à la coordination).

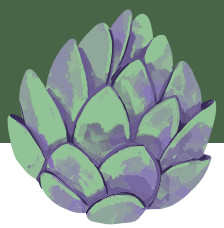
La Région peut être un catalyseur des projets portant sur l'alimentation des séniors.

UN BON ÉTAT NUTRITIONNEL EST LE FONDEMENT DU "BIEN VIEILLIR"





INDEX



activité physique, 12, 15, 30, 31, 58, 60, 69, 76
ADMR, 48, 86
aides à domicile, 35
Alim'âge, 48
alimentation mixée, 45, 66
appétit, 19, 22, 23, 29, 30, 33, 34, 43, 47, 58, 63, 78, 88
application, 34, 76, 77, 78
apports alimentaires, 22, 66
approvisionnement, 10, 11, 23, 50, 51, 59
ARS, 15, 35, 38, 39, 41
Assistant hôtelier, 49
autonomie, 2, 9, 11, 20, 33, 34, 38, 39, 45, 50, 76, 78
bien vieillir, 9, 12, 14, 69, 76
bio, 11, 50, 53
budget, 50, 54, 59, 61, 62
Carto'nut, 40
CCAS, 42
chambres d'agriculture, 11
chirurgiens-dentistes, 54
CLAN, 2, 16, 41
CLS, 16, 17
CNA, 20, 47, 54, 62, 63, 77
CNO, 56, 62
compléments nutritionnels oraux, 56, 62
Correspondant santé orale, 61
CPOM, 15
CPTS, 32, 39
CSO, 61, 65
DAC, 39, 69
DAPS, 2, 38
déglutition, 22, 25, 45, 54, 66, 77
dentiste, 54, 55, 61, 65
dénutrition, 3, 9, 14, 15, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 33, 35, 36, 39, 40, 42, 46, 48, 52, 55, 56, 58, 62, 63, 64, 66, 69, 76, 77, 88
dépendance, 24, 36, 62, 78
déshydratation, 22
design thinking, 44
diététiciens, 36, 37, 41, 46, 54, 58, 67, 78
D-Nut, 32, 54
domicile, 7, 8, 9, 10, 16, 19, 23, 25, 27, 32, 34, 35, 36, 39, 41, 46, 48, 56, 67, 69, 78
durée des repas, 30
échelle visuelle, 32
EHPAD, 7, 8, 11, 13, 16, 23, 25, 27, 35, 39, 41, 43, 44, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 61, 62, 66, 77, 78
épaississants, 45, 49
équipes mobiles, 41
espérance de vie,, 7
EVA, 34
familles d'accueil pour sénior, 66
FAO, 89
formation, 2, 14, 35, 36, 44, 50, 58, 69, 82
fragilité, 12, 24, 28, 34, 56, 58, 69
GCS e-santé, 32
GEM-RCN, 10, 78
Gérontopôle, 1, 2, 10, 14, 15, 34, 35, 36, 48, 55, 69, 82, 86
goût, 20, 21, 56, 57, 77
GRADeS, 32
habitat regroupé, 66
Handident, 55
ICOPE, 12, 34, 76
IMC, 25
Infirmiers, 32
isolement, 10, 11, 23, 25, 54
jeûne, 30, 63
Loi Egalim, 11, 50
MAIA, 38, 39
maison de retraite, 23
manger mains, 42, 43
Mayenne, 7, 17
médecins généralistes, 41
Ministère des solidarités et de la santé, 11, 12, 34, 76
MNA, 33
obésité, 15, 27
OMS, 12, 19, 34, 76
orthophonistes, 54, 67
PARAD, 33, 55
PAT, 17
Pays de la Loire, 2, 3, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 44, 48, 50, 51, 53, 56, 69, 76
perte d'autonomie, 7, 9, 11, 39, 48, 54, 76
pharmaciens, 35, 55, 56, 67
PNA, 10
PNAN, 10
PNNS, 10, 16, 28, 29, 76, 77
politique nutritionnelle, 10
précarité, 23
Projets Alimentaires Territoriaux, 17
protéines, 24, 25, 28, 57, 66
PRS, 15, 16, 76
PTA, 37
RCP, 40, 41
régimes, 22, 31, 46, 47, 69
Région des Pays de la Loire, 1, 13
Région Pays de la Loire, 8, 55
repas, 10, 19, 20, 22, 30, 33, 35, 36, 44, 45, 48, 50, 51, 52, 56, 57, 60, 62, 63, 66, 67, 78, 89
repères alimentaires, 28, 29, 68, 77
restauration collective, 11, 44, 50, 51, 76
santé publique, 9, 10, 28, 29, 30, 31, 37, 55, 59, 68, 77
sarcopénie, 24, 27, 28, 31, 69
SEFI, 34
SMS Dent, 55
SRAE, 2, 3, 15, 32, 33, 35, 37, 40, 41, 69
SRAE Nutrition, 2, 3, 15, 32, 33, 35, 40, 41
surpoids, 25
Technocampus, 14
texture adaptée, 20, 49
textures, 43, 45, 63
URPS, 32, 34
végétarien, 31
Vendée, 2, 7, 17, 36, 38, 43, 50



BIBLIOGRAPHIE

1. Stratégie de prise en charge de la dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [Internet]. Haute autorité de santé (HAS); 2007 avr p. 25. (Recommandations professionnelles). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denutrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
2. Programme national de l'alimentation et de la nutrition [Internet]. Gouvernement, République française; 2019 sept. Disponible sur: https://agriculture.gouv.fr/telecharger/103094?token=6c43d3c919bbab50941237f93ec4df84ec496deadfbce90218f0148e13fe977a
3. Programme national Nutrition Santé 2019-2023 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2019. Report No.: 4ème. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
4. Programme national pour l'alimentation [Internet]. Ministère de l'agriculture et de l'alimentation; 2019 sept. Report No.: 3ème édition. Disponible sur: https://agriculture.gouv.fr/telecharger/108901?token=6b3bc44086e9904fb0e6a98c7192ef7cf7589412e6f02485bb4ff738f0af69d6
5. LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1). 2015-1776 déc 28, 2015.
6. LOI n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000030249593/2015-02-18/
7. Les mesures de la Loi EGALIM concernant la restauration collective [Internet]. Conseil national de la restauration collective; 2020 janv p. 15. Disponible sur: https://webmail.univ-nantes.fr/?_task=mail&_action=get&_mbox=INBOX&_uid=10368&_part=2&_frame=1&_extwin=1
8. Vieillir en bonne santé. Une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2020 janv. (Grand âge et autonomie). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf
9. Integrated care for older people (ICOPE): guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé (OMS); 2017 p. 59. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1088824/retrieve
10. Référentiel Nutrition [Internet]. L'Assurance retraite, MSA, RSI; 2016 avr. (Pour bien vieillir). Disponible sur: https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/referentiel_nutrition_web_2016.04.pdf
11. Evaluation des besoins médicaux-sociaux des personnes âgées - Synthèse. Projet régional de santé Pays de la Loire 2018-2022 [Internet]. Agence régionale de santé des Pays de la Loire; 2018 mai. (Les livrets du PRS). Disponible sur: https://www.projet-regional-de-sante-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2019-02/L5_Personnes_Agees_Synthese_version_arrete_web_20180518.pdf
12. Bulletin Officiel n°2002-16 [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-16/a0161475.htm
13. Villes et nutrition : améliorer la nutrition et la santé de la population par l'alimentation et l'activité physique. Guide à l'usage des élus et des services intercommunaux [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; juillet p. 25. (PNNS). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pnns_ville_new.pdf
14. Mauss M. Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. Paris, France: Books on demand; 2021. 121 p.
15. Lévi-Strauss C. Mythologiques, L'origine des manières de table. Paris, France: Plon; 2009. 478 p.
16. Durif-Bruckert C. La nourriture et nous: corps imaginaires et normes sociales. Paris: A. Colin; 2007. 280 p. (Sociétales).
17. Trémolières J. Biologie générale - Tome 4 Physiologie de la nutrition et du comportement. Dunod. Vol. Tome 4, Biologie générale. Paris, France: Dunod; 1969. 425 p.
18. Brillat-Savarin JA. Physiologie du goût, ou Méditations de gastronomie transcendante. Paris: Charpentier; 1838.
19. Maître I, Sulmont-Rossé C, Van Wymelbeke V, Cariou V, Bailly N, Ferrandi J-M, et al. Food perception, lifestyle, nutritional and health status in the older people: Typologies and factors associated with aging well. Appetite. 1 sept 2021;164:105223.
20. Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. Conseil national de l'alimentation (CNA); 2005 déc p. 24. Report No.: Avis n°53. Disponible sur: https://agriculture.gouv.fr/sites/minagri/files/documents/pdf/avis_cna_53.pdf
21. Ferry M, Mischlich D. Nutrition de la personne âgée: [aspects fondamentaux, cliniques et psycho-sociaux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2012.
22. BOUTHIER-QUINTARD F, COLLINEAU M, BOUTHIER F. Vieillissement bucco-dentaire et nutrition. Rev gériatr. 1992;17(10):555-60.
23. Folliguet M. Prévention bucco-dentaire chez les personnes âgées [Internet]. Direction générale de la santé SD2B; 2006 mai p. 47. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prevention_bucco-dentaire_chez_les_personnes_agees.pdf

24. MICHEL A, BON MARIDION N, GBAGUIDI X, HANSEH K. Troubles de la déglutition chez les sujets âgés. Rev Prat. déc 2016;66:1121-6.
25. Ferry M. Strategies for Ensuring Good Hydration in the Elderly. Nutrition Reviews. 1 juin 2005;63(suppl_1):S22-9.
26. Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. Etude SOLINUT analyse de l'interaction nutrition-solitude chez les personnes agées de plus de 70 ans. Age & nutrition. 2005;16(2):60-9.
27. Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus [Internet]. Haute autorité de santé (HAS); 2021 nov p. 15. (Recommander les bonnes pratiques). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
28. Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées [Internet]. Haut conseil de la santé publique (HCSP); 2021 mai p. 27. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210518_rvisidesreprealimepourlespersoge.pdf
29. Crichton M, Craven D, Mackay H, Marx W, de van der Schueren M, Marshall S. A systematic review, meta-analysis and meta-regression of the prevalence of protein-energy malnutrition: associations with geographical region and sex. Age and Ageing. 1 janv 2019;48(1):38-48.
30. BLIN P, FERRY M, MAUBOURGUET-AKE N, VETEL J-M. Prévalence de la dénutrition protéino-énergétique en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La Revue de gériatrie. 2011;36(3):127-34.
31. Tardif N, Salles J, Guillet C, Gadéa E, Boirie Y, Walrand S. Obésité sarcopénique et altérations du métabolisme protéique musculaire. Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 sept 2011;25(3):138-51.
32. Avis relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans. Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES); 2019 déc p. 47.
33. Andreeva VA, Feron G, Sulmont-Rossé C, Hennequin M, Touvier M, Hercberg S, et al. Le comportement alimentaire, ses déterminants et son lien avec la santé bucco-dentaire : résultats épidémiologiques chez les seniors inscrits à la cohorte NutriNet-Santé. Cahiers de Nutrition et de Diététique. 1 avr 2021;56(2):111-6.
34. Verbrugghe S, Bidet EC, Dimet J. Place du «manger-mains» et apports nutritionnels du résident institutionnalisé ne s'alimentant pas seul. L'Information diététique: Revue de l'Association des diététiciens de langue française. 2018;(3):36-43.
35. Van Wymelbeke V, Sulmont-Rossé C. Grand âge & petit appétit [Internet]. Agence Nationale de la Recherche; Disponible sur: https://www.senioractu.com/attachment/2051125/
36. Hugol-Gential C, éditeur. Bien et bon à manger: penser notre alimentation du quotidien à l'institution de santé. Dijon: Éditions universitaires de Dijon; 2018. 277 p. (Collection Art, archéologie et patrimoine).
37. Diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI [Internet]. International Dysphagia Diet Standardisation Initiative; 2019. Disponible sur: https://www.iddsi.org/IDDSI/media/images/Translations/IDDSI_-Diagramme-descr_2-0_2021_FrEurope_ok.pdf
38. Les recettes qui régalent votre quotidien ! [Internet]. Silver fourchette. Groupe SOS; 2021. 116 p. (Académie Silver Fourchette). Disponible sur: https://www.silverfourchette.org/blog/livre-de-recettes-de-la-cademie-silver-fourchette/
39. Vaillant M-F, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux M-P, Eyraud E, et al. Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé. Nutrition Clinique et Métabolisme. 1 nov 2019;33(4):235-53.
40. Vaillant M-F, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux M-P, Eyraud E, et al. Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé (condensé) [Internet]. Société Francophone Nutrition et Métabolisme (SFNCM); 2019 [cité 29 sept 2021] p. 8. Disponible sur: https://www.sfncm.org/images/stories/Outils/Condense_reco_alimentation_hopital_28_05_2.pdf
41. Ragadu M. Le nouveau métier d'assistant hôtelier en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Dax, France: Dax; 2016.
42. Lutte contre le gaspillage alimentaire [Internet]. Angers: Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME); 2020. Disponible sur: https://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/gaspillage_alimentaire-synthese_thematique_010166.pdf
43. Fleury S. Le portage de repas à domicile: enjeu et impact de ce service sur le statut nutritionnel de la personne âgée dépendante [Internet] [Thèse de doctorat]. [France]: Université Bourgogne Franche-Comté; 2021 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: http://www.theses.fr/2021UBFCI007/document
44. Décret n°97-427 du 28 avril 1997 portant application de certaines dispositions de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance - Légifrance [Internet]. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000199307/



45. MARTIN C, LE BOEUF A, SOULIAC L, VIGIER V, RAPHAEL M. Guide d'amélioration du service de portage de repas à domicile pour les personnes âgées [Internet]. Ministère de l'agriculture de l'agroalimentaire et de la forêt; 2013. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/GuidePortage-2.pdf
46. CYNOBER L, ROLLAND Y. Recueil d'actions pour l'amélioration de l'alimentation en établissement hébergeant des personnes âgées. [Internet]. Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt.; 2013. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recueil_EHPAD-2.pdf
47. Recommandation nutrition v2.0 GEM-RCN (Groupe d'étude des marchés de restauration collective et nutrition) [Internet]. Paris: Ministère de l'économie de l'industrie et du numérique; 2015 juill. Disponible sur: https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/oeap/gem/nutrition/nutrition.pdf



Synthèse des contacts et des organismes cités

Ressource / Structure	Cible / Objet	Coordonnées
Alim'Age	Projet expérimental d'innovation sociétale qui associe les dimensions « humaine-sociale » et « nutrition-alimentation »	Cabinet Altic 2 rue Georges Leclanché 44980 Sainte Luce sur Loire Tél. 02 40 50 24 56 http://www.altic-conseil.com/
ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux)	Accompagne les établissements sanitaires et médico-sociaux dans l'évolution de leurs organisations : • Fluidifier les parcours des personnes ; • Faciliter la connaissance de l'offre en santé, l'aide à la décision et le dialogue de gestion ; • Concourir à l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des usagers ; • Optimiser l'organisation des fonctions de soutien et support.	23, avenue d'Italie 75013 Paris Tél : 01 57 27 12 00 www.anap.fr
Centre régional de prévention "**Bien vieillir**" AGIR-ARRCO	Lieux de promotion pour vieillir en bonne santé. Evaluation individuelle visant au repérage des risques liés à l'avancée en âge.	• Site de Nantes 17 Rue La Nouë Bras de Fer 44200 Nantes • Antenne de Bouchemaine 1 Rue des Brunelleries 49913 Bouchemaine • Antenne de Challans 1 Rue Owen Chamberlain 85300 Challans • Antenne de Laval MAISON DE L'EUROPE 38 rue Noëmie Hamard 53000 Laval • Antenne de Parigne l'Eveque 3 Rue des Ecoles 72250 Parigne l'Eveque https:// www.centredeprevention.com/ cpbvaa-pays-de-la-loire/notre-centre/
Chambre régionale d'agriculture des Pays de la Loire Site **Aproximité.fr**	Manger local en Pays de Loire Référence produits et producteurs locaux Carte interactive	https://pdl.nosterritoires.fr/approximite/index_pro_pl.html
Chambre régionale d'agriculture des Pays de la Loire Site **Approlocal.fr**	Site de commande en ligne Réservé aux professionnels	Tél. 02.41.96.76.92 approlocal@pl.chambagri.fr https://www.approlocal.fr/

CLAN Sarthe	Pour répondre aux difficultés de prise en charge des troubles nutritionnels sévères. Formation, rencontres professionnelles, enquêtes, outils (Nutrisoin®, Livres de recettes…)	Centre de soins de suite G. COULON 40, rue Henry Delagénière 72000 LE MANS Tél. : 02 43 74 72 04 udnc.secretariat@fondation-gcoulon.fr
Comité de lutte contre la dénutrition	Informer, prévenir, dépister et prendre en charge les personnes souffrant de dénutrition.	contact@luttecontreladenutrition.fr www.luttecontreladenutrition.fr
Coordination agrobiologique des Pays de la Loire **Groupement des agriculteurs bio** (par département)	Accompagne le développement de l'agriculture biologique en Pays de la Loire Ex. : Le GAB 85 accompagne la restauration collective de Vendée.	CAB 9, rue André Brouard BP 70510 49105 ANGERS Cedex 02 Tél. 02 41 18 61 40 cab@biopaysdelaloire.fr https://www.biopaysdelaloire.fr/
DAPS-85 Dispositif d'appui aux professionnels de santé de la Vendée	Plateforme territoriale d'appui (PTA) à la coordination des professionnels de santé sur le département de la Vendée. Venir en soutien auprès des professionnels de santé lorsqu'ils sont en difficulté face à des questions administratives, ou pour la coordination de la prise en charge de patient (domaine sanitaire, social, et médico-social).	Immeuble Phoenix - 3ème étage 22, rue Benjamin Franklin 85000 LA ROCHE SUR YON 02 51 94 54 95 contact@daps85.fr https://daps-85.fr/
Du Pain sur la planche	Prévention primaire en promotion et éducation à la santé en lien avec la nutrition (alimentation et activités physiques) sur la région des Pays de la Loire.	Maison des Associations de santé 1 bis rue de la Contrie 44100 NANTES Tél. 06 24 94 00 93 association@dupainsurlaplanche.org https:// www.dupainsurlaplanche.org/
Équipe mobile gériatrique territoriale (EMGT) du CHU de Nantes	Intervient sur le territoire de Nantes Métropole, en appui des médecins généralistes, pour la prise en charge de patients âgés de plus de 75 ans. Assure des évaluations gériatriques en ville Permet au médecin généraliste de bénéficier d'une expertise téléphonique gériatrique. Suivi post-urgence au domicile des patients.	Unité rattachée au service de Médecine Aigue Gériatrique Hôpital Nord Laënnec (HGRL) - 5ème étage - Boulevard Jacques Monod 44800 Saint-Herblain 06 64 46 32 29



FNAQPA (Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Âgées)	S'adresse aux gestionnaires d'établissements pour personnes âgées à but non lucratif (EHPAD, SSIAD,...) pour défendre leurs intérêts et la qualité de vie des personnes âgées initiateur de l'expérimentation « **Maison gourmande et**	FNAQPA Paris : 14 rue Pierre Larousse - 75014 Paris https://fnaqpa.fr/fr/ www.maison-gourmande-responsable.org
fondation **Siel bleu**	Développement de la recherche et de l'innovation dans le domaine de la santé par l'activité physique Accompagnement de projets dans le domaine de la santé par l'activité physique et des pratiques de santé non-médicamenteuses	Fondation Siel Bleu 42 rue de la Krutenau 67000 Strasbourg fondation@sielbleu.org Tél : 03 88 32 48 39 https://fondation.sielbleu.org/
Gérontopôle Autonomie Longévité des Pays de la Loire	Réunit organismes et entreprises des Pays de la Loire agissant pour la qualité de vie des personnes âgées Aide à l'émergence et à la réalisation d'initiatives au service du bien-vieillir Anticipe et accompagne les changements de société induits par le vieillissement de la population.	8 rue Arthur III 44200 Nantes 09 75 12 11 20 https://www.gerontopole-paysdelaloire.fr/
IFSO Institut de formation Santé Ouest	Institut de formation proposant la formation financée par l'ARS « Prévention et repérage de la dénutrition de la personne âgée »	53 avenue de Grésillé 49000 Angers Tél. : 02 41 72 17 45 info@ifso-asso.org http://www.ifso-asso.org/formation_continue.php



IREPS Pays de la Loire	Instance régionale en éducation et promotion de la santé des Pays de la Loire. Centre de ressources documentaires. Propose diverses actions d'appui aux acteurs de terrain	• IREPS Pays de la Loire Hôpital Saint-Jacques 85, rue Saint-Jacques 44093 Nantes Cedex 1 ireps@irepspdl.org Tél. : 02 40 31 16 90 https://www.irepspdl.org/ • Pôle Vendée 112 boulevard d'Italie LA ROCHE-SUR-YON Tél. 02 51 62 14 29 ireps85@irepspdl.org • Pôle Maine et Loire 58 Boulevard du Doyenné La Cité des associations 49100 ANGERS Tél. : 02 41 05 0 6 49 ireps49@irepspdl.org • Pôle Sarthe 84-100 rue du Miroir 72000 LE MANS Tél. : 02 43 78 25 06 ireps72@irepspdl.org Tél. : 02 43 75 06 10 • Pôle Mayenne 76 boulevard Lucien Daniel (Bâtiment de la MSA - 3ème étage) 53000 LAVAL Tél. 02 43 53 46 73 ireps53@irepspdl.org
La maison des aidants®	Accompagnement des aidants Formation, ligne d'écoute, orientation.	http:// www.lamaisondesaidants.com/
Ligeriaa	Association régionale des entreprises alimentaires des Pays de la Loire Représentation et promotion de la filière agroalimentaire Fédérer, mettre en réseau les acteurs, animer des groupes de travail thématiques	Technocampus Alimentation CS 92369 2, impasse Thérèse Bertrand-Fontaine 44323 NANTES Cedex 3 contact@ligeriaa.fr https://www.ligeriaa.fr/
Mon Restau Responsable®	Outils destinés à accompagner les restaurants collectifs qui souhaitent proposer à leurs convives une cuisine saine, de qualité et respectueuse de l'environnement.	monrestauresponsable@restauco.fr https:// www.monrestauresponsable.org/



Nutriculture	Propose des outils simples autour de l'alimentation. Démarche de responsabilité sociétale Ressources pour comprendre les caractéristiques des personnes accompagnées • Solutions aux troubles alimentaires • Aide aux aidants • Techniques culinaires • Cuisine et santé	1 rue charretière 87200 Saint-Junien Tél. 05 55 42 64 13 https://www.nutri-culture.com/fr/
PALEX	La plateforme territoriale d'appui (PTA) de la Mayenne Pour tous les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social qui ont besoin d'un soutien pour accompagner ou prendre en charge une personne relevant d'un parcours de santé complexe, quel que soit son âge, sa pathologie ou son handicap. aider les professionnels à trouver des solutions concrètes.	https://www.palex.fr/
Restau'co	Réseau interprofessionnel de la restauration collective. Pour les fournisseurs, distributeurs ou fabricants et aux élus locaux **Mon Restau Responsable®**	97 bd Pereire 75017 PARIS Tél : 09 70 44 91 39 https://restauco.fr/
Silver fourchette	Programme de sensibilisation, à destination des plus de 60 ans, qui promeut une alimentation gourmande, durable, adaptée et équilibrée pour agir sur sa santé. Partager l'envie de "bien manger" via des actions concrètes, conviviales et par l'implication de tous ceux qui cuisinent pour les seniors et les accompagnent.	Groupe SOS Santé Paris https://www.silverfourchette.org/



SRAE Nutrition	Coordination des acteurs et décideurs de la région concernés par les questions de nutrition dans leurs pratiques, désireux d'en savoir plus et souhaitant partager leurs expériences : Etablissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux Associations (d'éducation et de promotion de la santé, de patients, d'aide alimentaire, sportives…) Professionnels de santé libéraux Représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, de l'assurance Maladie, des Mutuelles, réseaux… Promotion de la santé en matière de nutrition (alimentation et activité physique). Dépistage et prise en charge des troubles alimentaires (obésité et dénutrition), sans prise en charge des patients.	10, rue Gaëtan Rondeau Immeuble Le Mercure - Bat A 44200 Nantes Tél. 02 40 09 74 52 contact@sraenutrition.fr https://www.sraenutrition.fr/
Technocampus Alimentation	Lieu d'aide aux entreprises de l'agroalimentaire en Pays de la Loire. Informer sur les sujets d'actualité du secteur. Accompagner les projets scientifiques, techniques et industrielles pour une alimentation saine, durable et responsable. Orienter vers les bons solutionneurs. Former pour bien évoluer. Animer la dynamique agroalimentaire.	Technocampus Alimentation 2 Impasse Thérèse Bertrand-Fontaine Site de la Géraudière 44300 Nantes Tél. 02 49 09 90 00 technocampus-alimentation@solutions-eco.fr http://technocampus-alimentation.fr/fr

Liste non exhaustive et qui ne constitue pas une recommandation.



Membres du Colabinov Nutrition et séniors

AMPROU	Isabelle	Responsable Innovation et Qualité	SADAC CYRANIE
ANDRE	Guillaume	Pharmacien nutritionniste, enseignant	ICES, Institut Catholique de
ARTAUD	Elisabeth	Responsable Formations et Territoire	Gérontopôle Pays de la Loire
BAUDRY	Charlotte	Chargée de mission	SRAE Nutrition
BARBIN	Eva	Responsable d'agence	Les menus services
BATE	Carole	Responsable Projets et Développement	Fédération ADMR Loire-Atlantique
BELLAMY	Sybille	Directrice	KetoM Plus
BERNAT	Valérie	Directrice	Gérontopôle Pays de la Loire
BIELAK	Marion	Diététicienne	Handi pharm
BOISRAME	Karine	Présidente-fondatrice	L atelier 48
BOSSIS	Agnès	Diététicienne	RESPA de la Loire à la Vie
BOUZAEFF	Flore	Responsable d'agence	OUI HELP
CARDINAL	Mireille	Ingénieur agro alimentaire	ALTIC
CASSIN	Joëlle	Directrice	Coordination Autonomie
CLAVEAU	Victoria	Diététicienne	Handi pharm
GALLET	Patricia	Diététicienne	Professionnel libéral
GRIMAUD	Karine	Diététicienne	Polyclinique du Parc - Services de soins de suite et hôpital
GUILLO MITON	Nathalie	Chargée de développement social	Malakoff Humanis
IRLES	Alexandra	Nutritionniste	Les Menues services
JANNIN	Guillaume	Conseiller en formation	GRETA
JAUNET	Charline		CHU
LABBE	Christine	Chargée de développement	
LE DEVEHAT	Muriel	Directrice	Atousages
LEROUX	Nathalie	Cadre de santé	EHPAD Beauséjour (CHU)
MAITRE	Isabelle	Enseignante-chercheuse	ESA
MASSE	Ludovic	Responsable d'agence	Saveurs et Vie
PICCHIERI	Sophie	Gériatre, Médecin, Directeur	Centre de prévention du bien vieillir AGIRC-ARCO
REINTEAU	Marine	Chargée de mission	SRAE Nutrition
RIGOULOT	Virginie	Déléguée au développement régional	La Poste
ROBIN	Céline	Cadre de santé	ADAR44
ROUAUD	Isabelle	En charge des appartements Ker'age	Adapei 44
TURPAUD	Aurélie	Chargée de mission	SRAE Nutrition
VOISSE	Véronique	Conseil -expertise	ALTIC
VIEUGUE	Christelle		CHU



« Profils de mangeur » des séniors

Isabelle MAÎTRE de l'Ecole supérieure d'agriculture d'Angers a coordonné une étude sur l'hétérogénéité des comportements alimentaires au sein de la population âgée. Elle a défini différents "profils de mangeur" des séniors. (19)

Cela peut permettre de faciliter la proposition d'alimentation adaptée aux différentes périodes de la vie et aux besoins de chacun, ciblée.

Tableau 1 : Synthèse des différents profils de mangeur des séniors

Groupe ①	Groupe ②	Groupe ③	Groupe ④	Groupe ⑤	Groupe ⑥	Groupe ⑦
< 80 ans bon état nutritionnel			> 80 ans Augmentation du risque nutritionnel			
					Fort risque de dénutrition	
Mange avec plaisir (notamment de la viande), de bon appétit	Sensible aux effets de l'alimentation sur la santé (80 % de femmes)	Moral en berne baisse des capacités olfactives (86 % de femmes)	Mange avec plaisir, de bon appétit	Sensible aux effets de l'alimentation sur la santé	difficulté à manger (troubles bucco-dentaires…)	souffre de solitude présente des symptômes dépressifs

I. Maître & all, Appetite, 2021 (19)

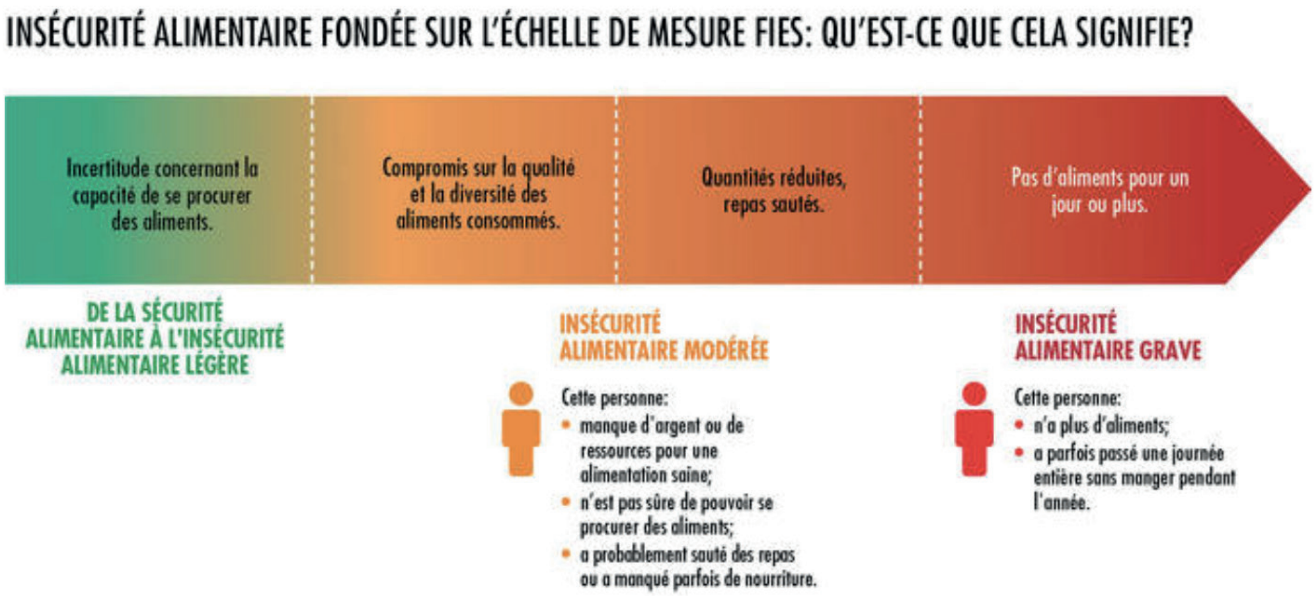
Questionnaire FIES d'évaluation de la précarité alimentaire

La FAO, l'organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture propose une échelle de mesure de l'insécurité alimentaire à travers un questionnaire simple de huit questions :

Questionnaire FIES[90]

À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvé dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens :

1. Vous avez été inquiet de ne pas avoir assez à manger ?
2. Vous ne pouviez pas manger des aliments nourrissants et bons pour la santé ?
3. Vous mangiez presque toujours la même chose ?
4. Vous avez dû sauter un repas ?
5. Vous n'avez pas mangé autant qu'il aurait fallu ?
6. Il n'y avait plus rien à manger à la maison ?
7. Vous aviez faim mais vous n'avez pas mangé ?
8. Vous n'avez rien mangé de toute la journée ?



[90] *https://www.fao.org/in-action/voices-of-the-hungry/fies/fr/*

Outil PARAD de dépistage de la dénutrition

PARAD est un outil très simple d'utilisation pour sensibiliser sur le risque de la dénutrition. Destiné à l'auto-dépistage des personnes fragiles, il peut aussi être utilisé par les aidants ou les soignants.

Il est disponible auprès de la SRAE Nutrition et sur le site www.parad-denutrition.com



Outil MNA-SF® de repérage de la dénutrition

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé Nutrition Institute

Nom: Prénom:

Sexe: Age: Poids, kg: Taille, cm: Date:

Répondez au questionnaire en indiquant le score approprié pour chaque question. Additionnez les points pour obtenir le score de dépistage.

Dépistage

A Le patient a-t-il moins mangé ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition?
0 = baisse sévère des prises alimentaires
1 = légère baisse des prises alimentaires
2 = pas de baisse des prises alimentaires ☐

B Perte récente de poids (<3 mois)
0 = perte de poids > 3 kg
1 = ne sait pas
2 = perte de poids entre 1 et 3 kg
3 = pas de perte de poids ☐

C Motricité
0 = du lit au fauteuil
1 = autonome à l'intérieur
2 = sort du domicile ☐

D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois?
0 = oui 2 = non ☐

E Problèmes neuropsychologiques
0 = démence ou dépression sévère
1 = démence légère
2 = pas de problème psychologique ☐

F1 Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille)^2 en kg/m^2) ☐
0 = IMC <19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23 ☐

SI L'IMC N'EST PAS DISPONIBLE, REMPLACER LA QUESTION F1 PAR LA QUESTION F2.
MERCI DE NE PAS RÉPONDRE À LA QUESTION F2 SI LA QUESTION F1 A ÉTÉ COMPLÉTÉE.

F2 Circonférence du mollet (CM) en cm
0 = CM<31
3 = CM≥31 ☐

Score de dépistage ☐☐
(max. 14 points)

12-14 points: ☐ état nutritionnel normal
8-11 points: ☐ risque de malnutrition
0-7 points: ☐ malnutrition avérée

Sauvegarder
Imprimer
Réinitialiser

Outil NUTRISOINS® : Pourquoi le repas n'a pas été consommé

Logo de l'établissement	Date : Repas : Soignant :	Etiquette patient

NUTRISOIN®

Ou comment prévenir la DENUTRITION

Le repas n'a pas été consommé dans sa totalité, POURQUOI?

Ce qui n'a pas été mangé lors du repas :

☐ Entrée ☐ Potage ☐ Viande/poisson/œuf ☐ Accompagnement ☐ Laitage/fromage
☐ Dessert ☐ Pain ☐ Autre : .....

Demander à votre patient ou résident :

QUESTIONS	OBSERVATIONS/SUGGESTIONS
Commande des repas Le **menu** correspondait-il à ce que vous attendiez ? Votre **commande** était-elle respectée ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Qualité du repas Le repas était-il à votre **convenance** (Goût/texture/odeur/visuel/température) ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Quantité Les **quantités** étaient-elles adaptées ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Moment / temps du repas Le **moment** du repas vous convenait-il ? ☐ **Oui** ☐ **Non** La **durée** du repas vous convenait-elle ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Installation Etiez-vous bien **installé(e)** pour le repas ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Aide au repas Aviez-vous besoin d'aide : - **physique** (ouvrir yaourt, éplucher fruit...) ? ☐**Oui** ☐ **Non** - **matérielle** (utiliser couverts adaptés...) ? ☐**Oui** ☐ **Non**	
Environnement Est-ce que quelque chose **autour de vous** vous a gêné ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Traitement Avez-vous pris **tous vos médicaments** avant le repas ? ☐ **Oui** ☐ **Non** **Si oui, combien ?** _____	
Etat Physique Vous sentiez vous bien **physiquement** ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Etat psychique / Moral Vous sentiez vous bien **moralement** ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	
Préoccupations / Etat d'esprit Est-ce que quelque chose vous **préoccupait** ? ☐ **Oui** ☐ **Non**	

Tournez SVP =>

Comité Liaison Alimentation Nutrition Départemental
CLAN D - Sarthe

02/2021

L'utilisation du Nutrisoins est soumise au respect de la charte d'utilisation définie par le CLAN Sarthe.
UDNC – CLAN Départemental de la Sarthe 02 43 74 72 04 – udnc.secretariat@fondation-gcoulon.fr



Diagramme IDDSI des textures alimentaires

IDDSI
International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
www.iddsi.org

Un groupe de travail international (International dysphagia diet standardisation initiative : IDDSI) a défini une terminologie standardisée pour décrire les aliments de texture modifiée et les liquides épaissis utilisés auprès des personnes dysphagiques.

Les méthodes de mesure sont disponibles https://iddsi.org/Translations/Available-Translations

