



ALIMENTATION
NUTRITION
ET VIEILLISSEMENT

Les actes du colloque annuel
du Pôle Allongement de la Vie Charles Foix

 **FuturÂge**
PÔLE CHARLES FOIX

19 novembre 2015
Faculté de médecine de l'Université
Pierre et Marie Curie/Hôpital Pitié Salpêtrière



FuturÂge
PÔLE CHARLES FOIX

Le Pôle Allongement de la Vie Charles Foix
devient FuturÂge - Pôle Charles Foix



ÉDITORIAL

DE JEAN-CHARLES POMEROL,

PRÉSIDENT DU PÔLE ALLONGEMENT DE LA VIE CHARLES FOIX



Le Pôle Allongement de la Vie Charles Foix fidèle à ses engagements et à sa quadruple mission concernant la recherche, les politiques sociales, la formation et le développement économique, organise chaque année un colloque pluridisciplinaire consacré à une question clé pour le bien être des personnes âgées et pour l'information de ceux qui les accompagnent.

Pour la troisième édition de ce colloque, nous avons choisi de traiter le sujet de l'alimentation des personnes âgées. Ce sujet est extrêmement important. En effet, lorsqu'on accueille des personnes âgées, dans les EHPAD par exemple, une proportion très importante est dénutrie. Et certaines sont même gravement dénutries. À côté des personnes dénutries, il existe également d'autres problèmes de santé liés à l'alimentation, notamment la surcharge de poids, ou encore des diabètes de type 2.

Cette question de l'alimentation des personnes âgées -qui peuvent aussi être isolées-, est une question sociale puisque le maintien à domicile suppose une aide et des services sociaux. La question des repas se pose avec acuité aux collectivités locales et ce n'est pas un sujet facile qui va être abordé dans ce colloque. Le vieillissement, de manière générale, est une question transversale : c'est d'ailleurs pour cela que les colloques du Pôle Allongement de la Vie Charles Foix sont pluridisciplinaires. Cette année, le colloque annuel n'est pas seulement pluridisciplinaire, mais plus exactement « pluri-acteurs », puisque nous avons souhaité réunir les acteurs des collectivités locales ainsi que des représentants de personnes âgées.

La nutrition et le vieillissement constituent donc un sujet très important, également du point de vue social.



Nous avons donné une dimension européenne à ce colloque puisqu'il a été réalisé en partenariat avec l'ENSA (European Network of Social Authorities) ; réseau auquel le Pôle a récemment adhéré. Un représentant italien de ce réseau est venu nous parler de l'organisation des anciens en Italie. L'organisation dont il question, regroupe l'ensemble des associations de personnes âgées. Celle-ci a un certain poids politique : en effet, plus de six millions de personnes y sont représentées au total.

Je vous remercie et j'espère que vous prendrez de l'intérêt à lire ou vous remémorer ces interventions. Je tiens également à remercier nos intervenants pour leur participation.

PROGRAMME DU COLLOQUE

09 H 00 : ACCUEIL ET INTRODUCTION

MATINÉE : L'ÉTAT DES CONNAISSANCES ET DES ENJEUX

07

09 H 15

Philippe Cardon, sociologue, INRA/ Université Lille 3

Les modifications des consommations alimentaires au fil du vieillissement ; la prise en charge familiale et professionnelle de la dépendance (comprenant dépendance alimentaire) ; mise en place des politiques publiques (comprenant les aspects nutritionnels).

21

10 H 00

Dr Agathe Raynaud-Simon, médecin en exercice aux hôpitaux de Bichat et Beaujon

Alimentation et vieillissement : aspects physiologiques et pathologiques, modifications habituellement attendues avec l'âge (appétit, goût, composition corporelle...), description des conduites alimentaires à risque (dénutrition, obésité) et impact des pathologies courantes sur l'alimentation des personnes âgées.

31

10 H 45

Dr Monique Ferry, chercheur à l'Inserm/Université Paris 13

Parmi les facteurs environnementaux qui conditionnent le bien vieillir, à côté des activités physiques et des activités sociales qui ont aussi une place prépondérante, la nutrition apparaît comme un élément clef. Plusieurs études épidémiologiques soulignent le lien entre nutrition et santé chez la personne vieillissante : la nutrition influence la durée et la qualité de vie et en retour le vieillissement intervient sur le statut nutritionnel.

45

11 H 30

Oreste Rossi, représentant de la SIHA Senior International Health Association, Fédération réunissant les intérêts des associations du troisième âge au niveau européen et international : l'organisation des personnes âgées en Italie.

APRÈS-MIDI : TABLES RONDES, « PLAISIR DE MANGER »

53

TABLE RONDE 1 : ALIMENTATION SANTÉ ET ALIMENTATION PLAISIR, UNE QUESTION D'ÉQUILIBRE

➤ 14H : *Camille Mairesse* > "Bien dans son assiette", avec la Prévention Retraite Ile-de-France

65

TABLE RONDE 2 : DÉJEUNER À LA MAISON

➤ 14H30 : *Martine Lagsir* > A Ivry-sur-Seine, quel service !

➤ 14H45 : *Jérôme Saglier* > Appétits et Associés

➤ 15H00 : *Âge et vie* > Le marché pour le repas

➤ 15H15 : Échanges.

83

TABLE RONDE 3 : MANGEZ TOUS ENSEMBLE.

➤ 15H30 : *Service Ortho-Gériatrique de l'Hôpital Charles Foix* > C'est aussi l'affaire de toute une équipe.

➤ 16H15 : *Geert Roggeman - Foyer Belge "Het Heiveld"* > De la nourriture pour la pensée.

➤ 16H30 : *David Giffard - Silver Fourchette* > Quelle aventure gastronomique !



INTERVENANTS



➤ Monsieur Philippe Cardon,
sociologue, INRA. Maître de
Conférences, Université Lille 3



➤ Madame Martine Lagsir,
Coordinatrice gérontologique
au service des retraités de la Mairie
d'Ivry-sur-Seine sur Seine



➤ Dr Agathe Raynaud-Simon,
médecin aux hôpitaux Bichat
et Beaujon



➤ Le Service Ortho-Gériatrique
de l'hôpital Charles Foix



➤ Dr Monique Ferry, chercheur
(Inserm/Université Paris 13)



➤ Monsieur Geert Roggeman
Directeur d'une maison de retraite
à Gand (Belgique)



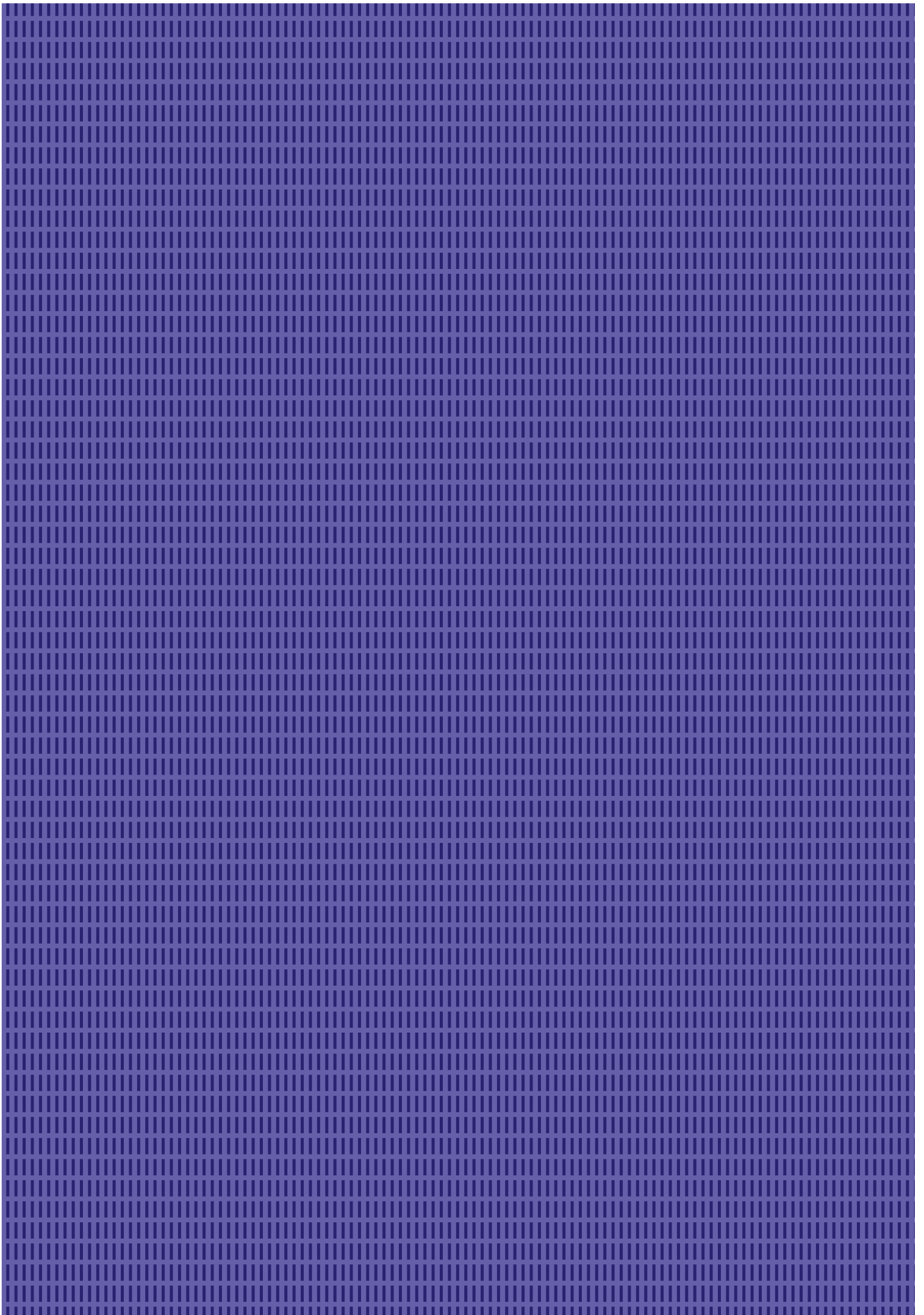
➤ Monsieur Oreste Rossi,
représentant de la SIHA (Senior
International Health Association)



➤ Monsieur David Giffard
Directeur des Projets, Groupe SOS



➤ Madame Camille Mairesse,
Prévention Retraite Île-de-France





INTRODUCTION DE JEAN-CHARLES POMEROL

PRÉSIDENT DU PÔLE ALLONGEMENT DE LA VIE CHARLES FOIX

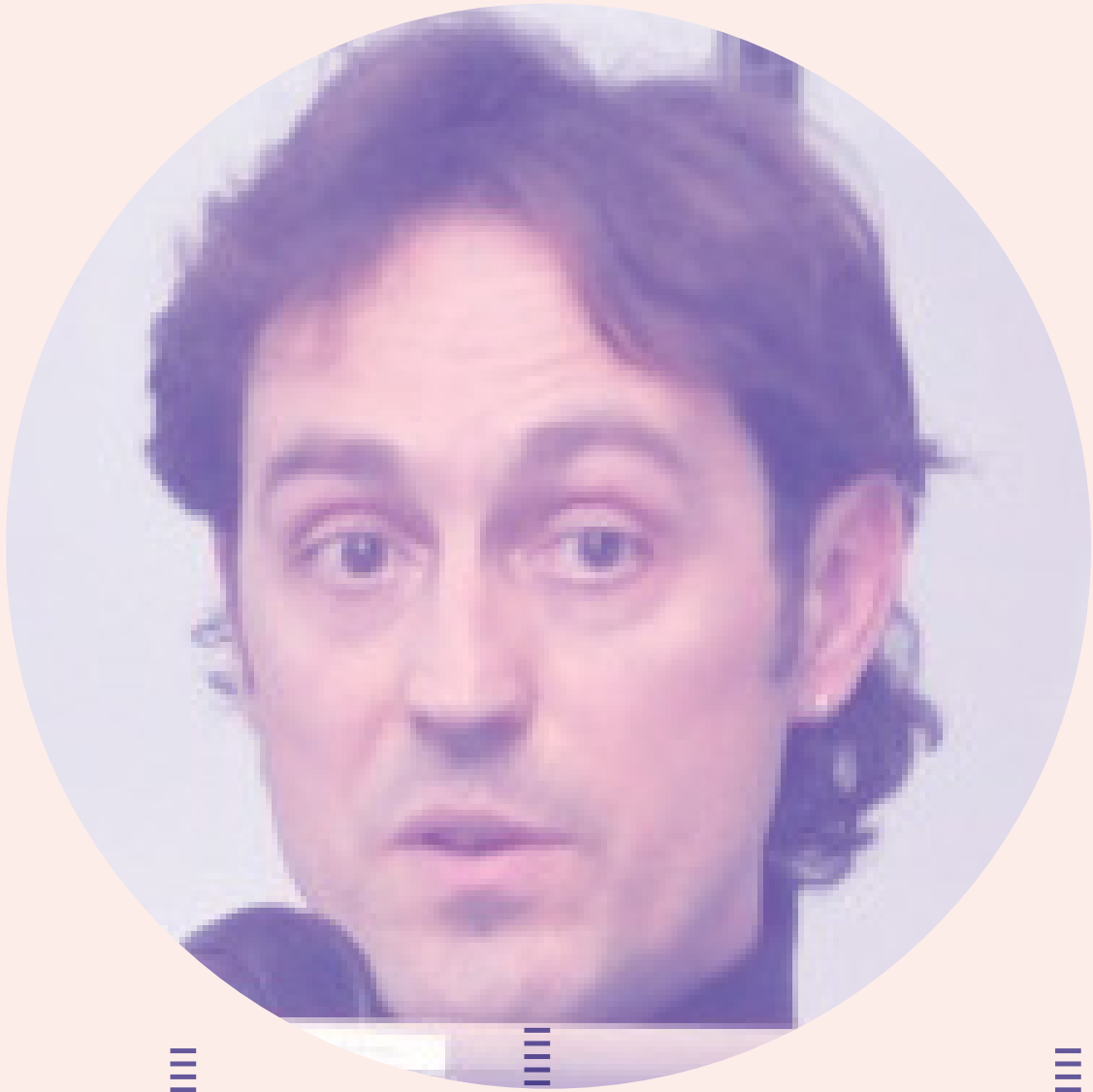


Merci à tous d'être venus et de ne pas vous laisser dicter votre agenda par l'appréhension bien légitime qui nous étreint après les tragiques événements de la semaine passée. Que nous continuions notre activité, c'est la meilleure façon, je pense, de résister. À ce sujet, je voudrais remercier la faculté de Médecine Pierre et Marie Curie qui nous abrite aujourd'hui, ainsi que notre doyen, qui ne pourra pas participer à notre journée : le doyen de la faculté est aussi responsable des urgences de la Pitié-Salpêtrière ; vous imaginez bien qu'ils n'ont pas chômé ces derniers temps ! On va aussi avoir une pensée pour toutes les victimes...

Je voudrais maintenant remercier nos amis européens de l'ENSA qui sont venus rappeler les contrôles du dernier rapport qui a été publié : Monsieur Rossi et Madame Curtopassi, responsables de ce réseau européen, sont présents aujourd'hui. Il s'agit d'un réseau de collectivités locales (une quinzaine de collectivités), d'universités, d'ONG, qui sont en appui et essaient, à l'instar du Pôle Charles Foix, de réunir des partenaires intéressés pour travailler au bien-être des personnes âgées, pour améliorer leur situation et pour favoriser la situation des aidants. Pour ceux qui ne le connaissent pas encore, le Pôle est une association réunissant les collectivités locales du Val de Marne, le Conseil Départemental de Val de Marne, ainsi que les Universités Pierre et Marie Curie et Paris-Est Créteil, autour de l'hôpital Charles Foix, (établissement de gérontologie fréquenté par de nombreuses personnes âgées). Nous travaillons aujourd'hui avec la CNAV et la ville d'Ivry-sur-Seine, qui abrite l'Hôpital Charles Foix (rattaché désormais, à l'APHP, et plus particulièrement à la Pitié-Salpêtrière).

Dans cet amphithéâtre, nous sommes donc aussi un peu à Charles Foix, qui est une composante à part entière de ce grand hôpital européen qu'est la Pitié Salpêtrière.

Monsieur Cardon, je vous donne immédiatement la parole. Monsieur Cardon est Maître de Conférences à l'Université de Lille 3 et sociologue : il va nous parler du vieillissement et de la nutrition, à travers son rôle d'observateur des comportements des personnes âgées.



1

INTERVENTION

PHILIPPE CARDON

*L'alimentation et la structure sociale
des consommations
Les évènements biographiques,
les styles alimentaires et les enjeux
de prévention nutritionnelle*

↳ Merci et bonjour à tous. Je vais vous présenter ce matin les résultats d'un certain nombre d'enquêtes sociologiques concernant l'alimentation des personnes âgées. Je ne parle pas à titre individuel, mais au nom des deux équipes de recherches auxquelles je suis rattaché : il s'agit du CRIS (Centre de Recherches Individuelles pour la Société) un laboratoire de sociologie de l'Université Lille 3 ; et l'équipe ALISS (Alimentation et Sciences Sociales), composée de chercheurs en économie et en sociologie, basée à Ivry-sur-Seine à l'INRA. Les résultats que je vais vous présenter ici, de manière générale, recouvrent un ensemble de travaux que nous avons réalisés dans ces deux équipes au cours des dernières années.

↳ Mon intervention est composée de deux parties. Dans un premier temps, je vais proposer une lecture assez générale de l'alimentation des personnes âgées. Il s'agit, en effet, de dresser une typologie des types d'alimentation et du style alimentaire, avant de nous interroger sur les problématiques de la dépendance et des enjeux liés au vieillissement. La question centrale est d'identifier les impacts qu'ils ont sur l'alimentation.



PREMIER THÈME : L'ALIMENTATION ET LA STRUCTURE SOCIALE DES CONSOMMATIONS

Je pense que vous connaissez tous cette fameuse phrase de Jean Anthelme Brillat-Savarin :

*« Dis- moi ce que tu manges,
je te dirai qui tu es. »*

Dans une perspective identitaire, l'alimentation est un support d'identité. Je vous propose maintenant d'inverser la perspective et de se poser plutôt la question suivante : « Dis-moi qui tu es, je te dirai ce que tu manges. » Autrement dit, nous allons essayer d'évoquer un certain nombre de déterminants sociaux des pratiques alimentaires, afin d'envisager l'alimentation comme un marqueur social. Cela nous renseigne sur les pratiques individuelles, en particulier celles des personnes âgées. Voici un certain nombre de déterminants relativement connus :



LA GÉNÉRATION

Mes travaux concernent des personnes qui ont 60 ans et plus : on ne les appelle pas « personnes âgées », mais « personnes retraitées ». Le terme de « personne âgée » a une connotation un peu négative, donc on privilégie cette expression de « personnes retraitées », c'est-à-dire les personnes qui ne sont plus actives. Le premier déterminant des consommations est la génération. Quelle que soit la génération sur laquelle on travaille (il existe déjà une typologie : génération rationnement de 1917 à 1926 ; réfrigérateur de 1927 à 1936 ; robot électrique de

1937 à 1946 ; hyper-marché de 1947- 1956), toutes les personnes retraitées ont une caractéristique : elles consomment des produits frais (pain, fruits, légumes viande et produits laitiers). C'est un point important parce que, vraisemblablement, les générations qui arrivent derrière sont beaucoup moins marquées par ces caractéristiques du point de vue alimentaire. À l'opposé, c'est une génération qui consomme peu de produits élaborés, mais davantage de plats préparés, de produits en conserve, de pizzas et de sandwiches.



↳ LA RÉGION D'HABITATION

Ce curseur ne concerne pas seulement les personnes retraitées mais l'ensemble de la population française. Ceci dit, pour les premiers, c'est un indicateur extrêmement important. Aujourd'hui encore, de fortes disparités régionales s'observent du point de vue du panier, des pratiques et des consommations alimentaires. Pour schématiser, il existe une surconsommation de produits laitiers et de charcuterie qui

marquent fortement le panier alimentaire. À l'ouest, évidemment, la consommation de poisson et produits de la mer est vraiment importante (jusqu'à cinq à six fois par semaine pour les générations de 60 ans et plus). Dans le sud, on observe une forte consommation de fruits et de légumes, c'est-à-dire de produits directement issus de l'agriculture. Le facteur régional détermine fortement le panier alimentaire.

↳ LA PROFESSION ET LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE (PCS)

Pour faire simple, plus on monte dans l'échelle sociale, plus on constate une diversité dans le panier alimentaire. C'est ce qu'on peut observer dans nos enquêtes: une faible diversité, c'est dix produits ou moins au moment de l'enquête ; entre dix et quatorze pour un panier moyen ; et supérieur à quatorze pour un panier fortement diversifié.

Je vais juste ajouter un bémol concernant le milieu ouvrier et les agriculteurs commerçants : la diversité est relativement faible pour ces deux catégories sociales mais, dans les faits, elles mobilisent beaucoup l'autoproduction, en particulier dans le cadre des jardins potagers. D'ailleurs, selon l'INSEE, 46% des ménages de 60 ans et plus ont un jardin potager. Ce n'est donc pas anecdotique et cela a un impact qu'on ne peut pas mesurer, statistiquement, sur le contenu du panier alimentaire.

↳ L'AVANCÉE EN ÂGE

Schématiquement, plus on avance en âge, plus la diversité du panier alimentaire va diminuer. C'est un point important. D'autres enquêtes auxquelles j'ai participé ont montré que, au-delà de cette baisse de diversité, l'avancée en âge génère également des problèmes de dénutrition.

↳ LE SEXE ET LA STRUCTURE DU MÉNAGE

Plus le ménage est « structuré », plus on constate une diversité dans le panier alimentaire, notamment sur le plan des habitudes alimentaires internes. A l'inverse, plus on avance en âge, plus la structure du ménage tend à diminuer : le panier alimentaire est moins diversifié. Cela étant, il faut également introduire une nuance relative au sexe des personnes. La diversité alimentaire

est beaucoup plus forte chez les hommes que chez les femmes, en particulier chez les hommes veufs (plus que chez les femmes veuves). De façon générale, au-delà de ces différences de comportements, ce sont des générations pour lesquelles les savoir-faire et les connaissances culinaires sont relativement faibles.

Au-delà de ces spécificités, une deuxième caractéristique est importante : la commensalité (le moment de repas). L'enquête statistique, que nous avons réalisée, révèle effectivement plusieurs constats ;



Les 60 ans et plus est la classe d'âge qui se rapproche le plus de la fameuse norme des trois repas par jour (petit déjeuner, déjeuner, dîner). Quand on compare cette classe d'âge avec d'autres, on constate en effet sa forte adéquation à la norme alimentaire. 75% des 60 ans et plus respectent ces trois plans contre moins de 55% pour les moins de 29 ans.



La commensalité est une caractéristique forte des générations retraitées, qui se maintient avec l'avancée en âge, indépendamment de l'état physique ou psychique. C'est un point important, qui révèle l'importance du repas, au quotidien, pour les personnes retraitées.



Les personnes retraitées forment la classe d'âge qui mange d'avantage à des heures régulières. D'un point de vue statistique, 83% d'entre elles mangent aux mêmes heures, contre 56% pour les classes d'âges « actives ». Par ailleurs, on constate que la régularité des repas se maintient avec l'avancée en âge, indépendamment de l'état physique ou psychique. C'est un point extrêmement important à notre sens : le repas est un rituel fort qui structure la vie quotidienne des personnes retraitées. Il est inscrit dans leur expérience de vie au quotidien, ce qui est déterminant pour une approche plus politique.

A l'issue de ce panorama « macrosociologique », très général, on peut s'amuser à rentrer dans le détail des habitudes alimentaires. Pour cela, on a dressé une typologie des styles d'alimentation en observant 24 situations à domicile. Ce sont des enquêtes qualitatives, prenant en compte des configurations variées, des différences en fonction de la région, de la PCS, de la structure domestique, de l'âge, du ménage, etc.

Sans trop rentrer dans les détails, en travaillant sur les types de produits achetés, les façons de cuisiner, la façon d'organiser les activités, la répartition des « rôles » (Qui fait les courses ? Qui cuisine?), on arrive à dégager une première typologie. Elle donne une idée de ce que le type d'alimentation peut révéler de ces générations, indépendamment des grandes tendances :

Ce sont des situations conjugales, ou des personnes seules, qui se caractérisent par une monotonie, c'est-à-dire une répétition très importante dans les produits achetés, une préférence pour des plats préparés, peu de produits frais, quasiment aucune préparation culinaire. Ces personnes ont un rapport désintéressé par rapport aux enjeux de santé, liés notamment à l'alimentation.

Du point de vue de la sociabilité, ce type de profils a peu d'invitation à manger à domicile ; en revanche, ils ont généralement une sociabilité extra-domestique extrêmement forte : ils sont beaucoup investis dans des activités diverses, des associations, des activités de loisirs, etc. Sur le plan sociologique, ce sont des personnes qui vivent majoritairement seules, surtout des hommes.

Premier type :
« les désintéressés »

Deuxième type :
« les solitaires »

Ils ressemblent un peu aux désintéressés, mais ils vont s'en distinguer, car ils ont une sociabilité faible, voire nulle. Ils fréquentent surtout leurs enfants, même si, bien souvent, ils en sont éloignés. Leur rapport à l'alimentation est aussi monotone. Ils vont cuisiner un petit peu plus que les désintéressés, utilisent davantage de produits frais, mais l'alimentation n'est pas au cœur de leur vie.

Ce sont des gens qui vivent seuls. De même, leur rapport à la santé est plutôt désintéressé. Ce sont des hommes ou des femmes seuls, toutes PCS confondues. On les retrouve principalement parmi les personnes vivant à domicile, enfermées, avec très peu de sociabilité. Vraisemblablement, ce sont pour elles que les problèmes de dénutrition risquent d'être relativement importants.

C'est un groupe intéressant, surtout dans le cadre d'un travail d'enquête à domicile, car il est favorable à l'échange et à la discussion. L'alimentation, pour le coup, est vraiment importante chez les personnes retraitées. Elles cuisinent, en particulier des plats copieux et des produits frais, même si leur utilisation est variable selon la situation géographique. Ce groupe se caractérise par une logique d'abondance. Du point de vue de la santé, ces personnes sont plus ou moins attentives. En revanche, et c'est souvent intéressant lorsqu'on en discute avec des nutritionnistes, ce sont aussi les « spécialistes » des stratégies de contournement. Je

vous donne un exemple classique : une dame qui a un régime et ne peut pas manger de viande grasse. Que fait-elle ? Elle achète du blanc de poulet, mais va rajouter de la sauce dedans, tout en le justifiant par le fait qu'elle mange cinq fruits et légumes par jour. C'est intéressant : « je contourne une injonction en justifiant le retour à une autre norme... ». Et c'est extrêmement important, car ce type de profils intègre justement des stratégies dans leurs pratiques culinaires, au regard des différentes recommandations nutritionnelles. Ils se retrouvent notamment parmi les milieux populaires, composés d'ouvriers ou d'anciens travailleurs indépendants.

Troisième type :
« les gourmands »

**Quatrième type :
«les cuisiniers»**

Ils sont très intéressants, car ils sont davantage dans la logique de l'alimentation « cuisine » : fraîcheur des produits, diversité des plats... Ils sont passionnés par la cuisine, achètent des revues, se définissent comme des cuisiniers. Une autre caractéristique, c'est qu'ils véhiculent une

forte sociabilité, notamment amicale. On la trouve principalement chez les couples ou chez certaines femmes, parmi les classes moyennes et supérieures. Ce sont des gens qui invitent et se font inviter.

Chez eux, l'alimentation, c'est la santé. Ces personnes ont une forte adhésion aux recommandations diététiques et tous leurs choix alimentaires sont déterminés par les questions de santé. C'est aussi la raison pour laquelle elles cuisinent, notamment les produits frais. A domicile, on observe qu'elles « collectionnent » beaucoup : les recommandations découpées dans les journaux ou les conseils entendus à la télévision. Ils sont souvent placardés sur les placards, sur les frigos, sur des dossiers. Du point de vue de la sociabilité, elle est importante mais elle n'est pas fondamentale. L'alimentation est vraiment tournée sur soi : c'est une

alimentation centrée, qui concerne les couples et les femmes seules. On peut la retrouver dans tous les milieux sociaux, mais on observe une nuance entre les classes supérieures et les classes populaires. Chez les premières, ce rapport entre alimentation et santé s'inscrit déjà dans un projet de vie, antérieur à la retraite ; à l'inverse, dans les milieux populaires, cette figure du nutritionniste est souvent liée à un événement majeur, souvent un accident de santé, comme un cancer ou un problème d'obésité. Il fait parfois basculer les personnes concernées d'un profil gourmand à un profil nutritionniste.

**Cinquième type,
relativement marginal :
les « nutritionnistes »**

Ce qui est intéressant, parmi tous ces profils, c'est que les choses ne sont pas figées. Il faut les appréhender comme des sortes de styles alimentaires, auxquels les personnes vont plus ou moins adhérer, en fonction de l'évolution, de l'avancée en âge, de profils socio-démographiques. Mais elles peuvent évoluer dans d'autres comportements.

CONCLUSION

On peut dire que les modes alimentaires sont bien liés à des styles de vies spécifiques, avec de nombreux paramètres (milieu social, structure du ménage). Ainsi, à budget identique, un employé, un ouvrier ou un cadre supérieur ne consomment pas les mêmes produits. C'est un indicateur très fort : on ne peut pas se résumer uniquement à une conception économique de l'acte d'achat ; les habitudes alimentaires sont liés aux styles de vie et aux représentations so-

ciales. Tout ceci va expliquer pourquoi nous arrivons à montrer que certaines configurations sont plus propices que d'autres à la diffusion de recommandations nutritionnistes. Les politiques publiques nutritionnelles ont une lecture descendante de la diffusion, alors qu'en réalité, il faut aussi prendre en compte ce qui se joue dans les espaces sociaux dans lesquelles elles sont censées s'appliquer.



DEUXIÈME THÈME : LES ÉVÉNEMENTS BIOGRAPHIQUES, LES STYLES ALIMENTAIRES ET LES ENJEUX DE PRÉVENTION NUTRITIONNELLE

Avec l'avancée en âge, on sait qu'il existe des événements biographiques (divorce, veuvage, déménagement, maladie) qui peuvent modifier ces styles alimentaires. N'importe quel épidémiologiste vous le dira : ces liens sont évidents et ils sont mesurés de façon très claire. Mais ce qui est fondamental derrière cela, pour un sociologue, c'est que l'on peut constater, quel que soit l'impact de ces événements, que les personnes

vivant à domicile cherchent à conserver leurs habitudes alimentaires. C'est un point vraiment important dans l'expérience du vieillissement. L'alimentation n'est pas un détail : elle occupe une place centrale dans le vieillissement. Il faut donc l'intégrer pour appréhender les enjeux de prévention nutritionnelle et l'augmentation nutritionnelle à destination des personnes âgées.

Commençons par décrypter un certain nombre de données.



Plus on avance en âge, plus on a tendance à déléguer ses activités liées à l'alimentation. C'est ce qu'on appelle la « dépendance culinaire ». Pour les courses notamment, plus on avance en âge, plus on a du mal à faire des choses simples : porter un pack d'eau, couper des aliments, attraper des ustensiles (difficultés de préhension). Plus on avance en âge, plus on est confronté à des problèmes physiques, qui viennent nous « enquiquiner » au quotidien, notamment dans le cadre des activités liées à l'alimentation : problèmes de vue (lire une composition d'ingrédient), problèmes de mémoire (se rappeler d'une recette), etc.

Statistiquement, nous constatons qu'un certain nombre d'activités est délégué à des tiers lorsqu'on est confronté à la dépendance culinaire, quelle qu'en soit l'échelle. Par exemple pour les courses. Plus on avance en âge, plus on les délègue à des tiers, souvent en dehors du cadre du ménage ou de la famille. C'est un point important. Ainsi, on délègue à des tiers professionnels, des auxiliaires de vie, des aides à domicile. En France, on a la chance d'avoir une politique de soutien, de prise en charge de vieillissement qui est extrêmement importante, par rapport à d'autres pays.

La délégation des achats alimentaires hors du cadre du ménage réduit la diversité des achats et, en définitive, la diversité alimentaire. C'est un point important : des mécanismes sont en jeu dans le processus de délégation à l'extérieur au ménage. Or, les formes de la délégation influent sur les comportements alimentaires. On l'a vu en particulier quand on délègue à un tiers hors du ménage. Ces tiers sont en majorité des professionnels (auxiliaires de vie), qui sont généralement désignés par les autorités, pour être aussi les relais des recommandations publiques : ils sont censés les faire appliquer. Je ne vais pas rentrer ici dans le détail, mais c'est important car il y a une assignation à un rôle particulier, consistant à diffuser les normes alimentaires. Que se passe-t-il dans leurs interactions avec les personnes âgées, entre leur rôle prescrit et les faits ? Qu'est-ce qui est finalement demandé aux personnes âgées, mais aussi aux aidants ?

Pour les professionnels, deux choses sont demandées :

Un rôle de vigilance, consistant à connaître le cadre de vie et les habitudes alimentaires des personnes âgées ; et un rôle de prévention, impliquant de faire des propositions en faveur d'une alimentation adaptée. Dans les faits, certains le font mais, d'un point de vue sociologique, on peut observer trois attitudes différentes au regard des rôles qui leur sont assignés :



Les « investis » : ces auxiliaires de vie considèrent que l'alimentation des personnes âgées fait partie intégrante de leurs prérogatives professionnelles. Elles assurent ainsi cette fonction.



Les « indifférents » : ils ne se sentent pas directement concernés et vont prendre du recul sur le sujet.



Les « critiques » : non seulement, l'alimentation ne fait pas partie de leurs prérogatives, mais les professionnels concernés estiment ne pas en avoir les compétences. C'est intéressant, puisque ça interroge leur formation : quel en est le contenu ? Quelles en sont les limites ? Ce qu'on peut constater, à travers les enquêtes, c'est que les formations sont souvent jugées trop scientifiques. Les auxiliaires revendiquent des attentes plus pratiques..

Il existe ainsi trois figures : l'indifférence, l'indifférence et la critique. A partir de cela, il convient de se demander : qu'est-ce qu'ont les personnes âgées à nous dire ? Pour toute personne âgée avec des problèmes de dépendance, lorsqu'une personne vient chez elle pour s'occuper des plats, cela paraît évident. En fait, ça ne l'est pas du tout. Les personnes âgées ont

un rapport particulier au fait qu'une personne vienne à leur domicile. On leur demande d'avoir une attitude de mangeur sain et de favoriser la diversité alimentaire. Mais dans les faits, on observe également différents types de profils, qui s'expriment notamment à travers l'intervention d'un professionnel à domicile :



Les personnes âgées en situation d'adhésion : elles sont en attente et font confiance aux professionnels, notamment du point de vue alimentaire.



Les personnes âgées en résistance : « Je veux bien qu'on vienne chez moi, mais c'est encore moi le chef ! » Elles vont donc instaurer une résistance face aux aides à domicile.



Les personnes âgées détachées (souvent des hommes) : ils laissent faire, font confiance, sont d'accord : « La personne vient faire son métier, propose des plats... il y a pas de problème. ».



Les personnes âgées en situation de contournement, voire de négociation : elles vont accepter l'intervention des auxiliaires de vie, mais dans une logique de l'échange. C'est le cas, par exemple, en s'échangeant une recette, ce qui peut être le moyen de diffuser une information donnée.



Au final, pour comprendre les enjeux liés à la diffusion d'une politique nutritionnelle, on peut considérer qu'il existe trois types d'interventions possibles :

↳ LA SUBORDINATION

Les auxiliaires de vie vont faire ce qu'on leur demande et la personne âgée a le dernier mot. Je vous donne un exemple classique : la personne âgée ne reconnaît pas la légitimité d'intervention, voire considère que l'aide à domicile n'a pas les compétences (« Pas celle-là, elle est déjà venue, mais elle ne sait pas reconnaître du bon poisson. »). Cette remarque, entendue lors

d'une enquête, paraît anecdotique, mais elle ne l'est pas du tout : ce qui se joue ici, c'est la reconnaissance de la légitimité de celui ou celle qui vient faire «à votre place». Dans ces configurations de subordination, on attend de l'auxiliaire de vie de ne faire que ce qu'on lui demande.

↳ LA COMPLÉMENTARITÉ

Dans ce cas de figure, nous sommes vraiment dans l'échange, avec une reconnaissance réciproque des compétences. C'est l'exemple de l'échange de recettes. De fait, les personnes âgées sont davantage disposées à modifier ou à transformer certaines de leurs habitudes alimentaires, au regard de recommandations nutritionnelles soumises par le professionnel.

↳ LA SUBSTITUTION

C'est une délégation totale de la personne âgée, qui fait confiance. On la retrouve souvent auprès du public masculin, d'autant plus que les hommes retraités, bien souvent, n'ont pas les compétences alimentaires.

↳ CONCLUSION

Il existe une grande diversité des profils sociologiques des personnes âgées et de leurs habitudes alimentaires. On peut ainsi distinguer cinq styles alimentaires, qui sont des éléments centraux dans les processus de diffusion et de mise en place des dispositifs de prévention nutritionnelle.



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ *Jean-Charles Pomerol*

C'est tout à fait passionnant. J'aurais plein de questions à vous poser, mais commençons par celles-ci : est-ce que la boisson est un marqueur ? Quel est le repas sauté par les gens qui sautent les repas ?

→ *Philippe Cardon*

Pour les boissons, on retrouve la division classique entre boissons alcoolisées et non alcoolisées. Pour les boissons alcoolisées, c'est essentiellement le vin qui caractérise fortement ces générations- là, avec une distinction sexuée classique, entre le vin rouge pour les hommes et le vin blanc pour les femmes. Ce qui est intéressant, par rapport aux générations plus jeunes, c'est que la consommation de vin est une consommation quotidienne, mais pas une grosse consommation (même si, bien évidemment, il y a des écarts). Concernant la consommation de boissons non alcoolisées, la différence principale se retrouve entre le café et le thé. Le premier est plutôt masculin, le second est davantage féminin.

↳ *François Guillon* (association ELLIPSE, 50 PLUS)

Vous avez cité six grands déterminants, au début de votre intervention. Est-ce qu'il y avait un ordre d'importance et/ou comment les rangez-vous ?

→ *Philippe Cardon*

Quand on travaille sur les personnes âgées, il n'y a pas un facteur plus déterminant qu'un autre. D'ailleurs, si j'étais vraiment cohérent, je vous dirais qu'on ne peut même pas les prendre séparément : c'est leur articulation qui caractérise davantage cette génération des 60 ans et plus. Le facteur génération, par exemple, on le retrouve pour tous les âges ; même chose pour le critère régional. Le marqueur vraiment spécifique est celui qui est lié au processus de vieillissement et à la manière dont le panier alimentaire évolue avec l'âge.

↳ **François Guillon**

Vous avez noté les PCS, les catégories socio-professionnelles, mais sans parler des revenus. Ne s'agit-il pas d'un déterminant ?

→ **Philippe Cardon**

Je n'ai pas parlé des revenus pour une raison très simple : à une époque où la question économique a un poids extrêmement fort dans la compréhension des phénomènes sociaux, notre message est de dire qu'on peut nuancer, voire apporter une plus-value, à travers le prisme sociologique. C'est l'exemple que j'ai donné tout à l'heure : à revenu identique, un ouvrier et un employé ne consomment pas la même chose. Au-delà des revenus, la PCS n'est pas neutre : c'est une grande tradition en sociologie, qui renvoie aux styles de vie, aux façons d'être, aux représentations sociales, distinctes de la dimension économique. Bref, nous sommes d'accord sur le fait qu'il existe des variations en fonction des revenus. Mais l'étude sociologique permet d'aller plus loin, même s'il reste beaucoup à faire sur le sujet. Par exemple, nous avons peu d'éléments sur la question de la pauvreté, qui est plus compliquée à saisir.

↳ **Participant anonyme**

J'ai 29 ans. Vous avez dit qu'il y avait 55% des gens qui faisaient trois repas par jour, 75% qui avaient plus de 60 ans. Pensez-vous que dans quarante ans, il y aura 55% des gens qui feront trois repas par jour. Ces trois repas par jour sont-ils liés à nos habitudes alimentaires et restent tout au long de la vie ? Deuxièmement, avez-vous fait un lien entre ces trois repas par jour et la dénutrition de la personne âgée ?

→ **Philippe Cardon**

Je vous remercie pour cette question extrêmement importante. Je pense que, dans cinquante ans, les trois repas par jour, au-delà de 60 ans, resteront encore fortement structurés. En fait, quand on dit « 55 % des moins de 29 ans », il s'agit d'un effet d'âge, lié à des caractéristiques de style de vie spécifiques à cette génération. Si vous prenez les actifs aujourd'hui, qui ont 45 ans, observez ce qu'ils faisaient quand ils étaient étudiants : dans les enquêtes menées il y a vingt ans, on retrouve à peu près les mêmes données, soit une moyenne de trois repas par jour à hauteur de 50 ou 60%. Ce qui est important, c'est la question des cycles de vie. Le rapport à l'alimentation n'est pas le même lorsqu'on est étudiant, seul, puis en ménage, avec des enfants... L'impact de ces cycles de vie est énorme sur les habitudes alimentaires, car il va les modifier. En France, particulièrement, le ménage (c'est-à-dire le fait de vivre en couple avec des enfants) structure fortement les repas et la vie quotidienne. Et je peux vous assurer que le rythme des trois repas par jour, en particulier les repas du soir, est quelque chose qui résiste, quels que soient les générations. Cela reste même un grand mystère : pourquoi en France et pas ailleurs ? Après, au-delà de la « norme » culturelle, il existe des variations, des écarts, plus ou moins marqués. On pourrait en discuter longtemps, mais ce qui est important est la question de cycle de vie ; c'est le marqueur. Ces questions font l'objet d'études aujourd'hui.







2

INTERVENTION

DR AGATHE RAYNAUD-SIMON

Alimentation et Vieillesse : aspects physiologiques et pathologiques.

↳ Merci pour l'invitation. Je suis ravie de participer à cette journée. Je vous propose d'aller un peu plus vers la physiologie du vieillissement, en ce qui concerne la nutrition et l'alimentation. On abordera aussi les problèmes de pathologies et la manière dont ils peuvent influencer le statut nutritionnel ; en évoquera, en particulier, le risque de dénutrition.

↳ Voici les grands messages que je vais développer :

→ Le fait de vieillir et le grand âge ne forment jamais une raison en soi d'avoir un problème nutritionnel. On n'est pas dénutri parce qu'on est vieux : on est dénutri parce que, potentiellement, la fréquence des facteurs de risques et des pathologies augmente avec le vieillissement. En revanche, le vieillissement fragilise le statut nutritionnel : autrement dit, à « agressions » égales, on va être plus facilement dénutri quand on est âgé. Pourquoi? Qu'est-ce qui est différent entre une personne

âgée et une personne jeune ? Les premières différences concernent, tout d'abord, les problèmes de régulation de l'appétit. Pour avoir un statut nutritionnel normal, les messages intérieurs de faim nous conditionnent (on mange quand on a faim ; on arrête de manger quand on est rassasié). De plus, les modifications de la composition corporelle expliquent que l'organisme devient vulnérable aux agressions ; c'est ce qu'on appelle la sarcopénie (ou perte de muscle), au cours du vieillissement.

→ A cause d'un statut nutritionnel plus fragile, les personnes âgées sont plus exposées aux problèmes de fragilité, sarcopénie, dénutrition et obésité, qui ne s'excluent pas forcément l'un et l'autre. On peut être obèse et dénutri, obèse et fragile, etc.

→ Toute la problématique est alors la suivante : Comment faire de la prévention ? Quelle est la prise en charge ?

LA RÉGULATION DE L'APPÉTIT

De façon générale, c'est le mécanisme qui nous conduit à manger et à nous arrêter de manger.

Je vais vous montrer des enquêtes épidémiologiques de très grande ampleur qui ont été faites aux États-Unis. Un homme âgé de 20 à 30 ans mange, en moyenne, 3 000 calories par jour. Et ce qui est frappant, c'est qu'au cours du vieillissement, l'appétit et la sensation de faim diminuent. Finalement, après 80 ans, ces hommes-là mangent environ 2 000 calories par jour. Cela signifie qu'on mange en moyenne un tiers de moins, par rapport à ce qu'on mangeait avant. Pour les femmes, on part de plus bas :

2 000 calories, en moyenne, par jour ; mais on finit à 1 500 après 80 ans. Or, pour nous, 1500 calories, c'est le seuil en-dessous duquel, même si on a une alimentation variée, on a du mal à compenser ses besoins nutritionnels (protéines, vitamines, etc.). Chez les femmes très âgées, nous sommes donc un peu limite sur le plan de l'alimentation.

En Europe, il existe des études épidémiologiques un peu différentes. Basée sur une échelle de 19 villes européennes, l'une d'entre elles montrent, par exemple, que les personnes âgées de 75 à 79 ans mangent environ 1 800 calories par jour. On retombe ainsi sur ses pieds en termes d'appétit habituel : si on est à 2000 calories chez les hommes et 1500 chez les femmes, cela fait une moyenne approximative de 1800 calories. Par

contre, il est très important de noter que cette consommation alimentaire est hétérogène, surtout entre les individus. Vous êtes tous devant moi et je suis sûre que vous mangez très différemment les uns des autres, en termes de qualité, mais aussi de quantité. Nous sommes tous différents les uns des autres, entre hommes et femmes, entre pays et régions, comme cela a déjà été évoqué.

Sur le plan médical et dans une logique de prévention, nous cherchons à identifier les « petits mangeurs » : les 10 % de personnes âgées de 75 à 79 ans qui mangent moins de 1 300 calories par jour. Ce sont des personnes extrêmement vulnérables à la moindre agression, qu'elle soit médicale ou sociale (un événement, un deuil, etc.) ; dans ce type de circonstances, elles risquent de manger encore moins et devenir

très à risque sur le plan nutritionnel. Dans la majorité des cas et des situations, cette population va globalement bien. Mais ce qui est important, dans le cadre du vieillissement, c'est ce qui se passe quand une agression arrive, lorsqu'un événement différent intervient ? Comment une personne âgée va-t-elle s'adapter à une situation de stress, quelle qu'elle soit ?

Contrairement aux personnes jeunes, les personnes âgées, s'adaptent assez mal aux variations de l'alimentation.

Une étude a d'ailleurs été faite en physiologie : elle compare des hommes jeunes, âgés en moyenne de 24 ans et des hommes âgés, âgés en moyenne de 70 ans. On les invite à s'alimenter dans une clinique nutritionnelle. Ils mangent ce qu'ils veulent au buffet et on compte, pour chaque personne, le nombre de calories quotidiennes, afin de déterminer les besoins permettant de garder un poids stable. Dans un deuxième temps, on va les soumettre à un stress pendant vingt-et-un jours : une situation de sous-alimentation. Concrètement, pour chaque individu, on enlève 800 calories par rapport à ce qu'ils mangent habituellement. Vous pouvez alors découvrir les résultats, à travers les courbes de modification du poids. 0 est le poids habituel : en trois semaines, tout le monde a perdu entre 1,5 et 2 kilogrammes. On s'y attendait un peu. La deuxième question qui se pose est alors de savoir s'ils vont réagir ? Les personnes jeunes, à la fin de cette période, sont à 100% de leurs apports alimentaires habituels : elles ont eu très faim pendant ces trois semaines. Que font-elles ? Elles mangent plus que ce qu'elles mangeaient d'habitude. C'est ce qu'on appelle « l'hyperphagie compensatrice ». Elles retrouvent très rapidement leur poids habituel et finissent, un mois et demi après l'expérience, avec 2 kilos supplémentaires. Cela correspond à l'effet « rebond » des régimes restrictifs qu'on déconseille aux gens qui veulent perdre du poids. En revanche, les personnes âgées vont réagir

de manière très différente. Elles ont mal mangé pendant trois semaines et elles vont mettre dix jours pour retrouver leurs apports alimentaires habituels ; de fait, elles finissent l'étude avec 1 kg de moins qu'au départ. Ce qui est très parlant, c'est cette différence de réaction entre les personnes âgées et les personnes plus jeunes. Cette étude a été faite une deuxième fois, avec une période de sous-alimentation plus importante (1000 calories de moins par jour) et une observation plus longue (six mois). Pendant la période de restriction alimentaire, les personnes jeunes perdent 3 kg, alors que les personnes âgées en perdent cinq. Les personnes âgées ont donc moins de réserves et perdent plus facilement du poids. Au bout de six mois, les personnes jeunes ont récupéré leur poids habituel (ou presque), alors que les personnes âgées stagnent au niveau pondéral. Elles finissent l'étude avec 4 kg en moins. Cette différence est très importante, alors qu'elles ne concernent que des personnes jugées en bonne santé. Elle est encore plus importante pour des personnes qui ont été malades. Pour nous, cela illustre ce que l'on constate en pratique clinique : des personnes âgées qui, pour une raison X ou Y (une pathologie médicale, une intervention chirurgicale, une rupture dans l'environnement à domicile, un stress psychologique), vont s'arrêter de manger pendant une période. On va dire : « Elle va reprendre son poids.... » Mais ce n'est pas le cas.



Par conséquent, si on ne dépiste pas cette perte de poids et si on n'intervient pas, les personnes vont rester avec un poids inférieur. Les personnes âgées ont tendance à perdre du poids à chaque fois qu'il se passe quelque chose, d'où l'intérêt de surveiller attentivement leur poids, en particulier à l'hôpital. On accepte souvent, comme une sorte de fatalité, le fait que les gens

ne mangent pas à l'hôpital, quelles qu'en soient les raisons (examens à jeun, qualité des repas, etc.) ; d'ailleurs, on entend souvent : « Ce n'est pas grave, quand il va rentrer, il va reprendre du poids. » Or, en réalité, on constate qu'après une hospitalisation, une personne âgée continue de perdre du poids ou, au mieux, se maintient. Là aussi, il faut agir.

Ce qui est aussi intéressant, c'est que cette mauvaise régulation de l'appétit va dans les deux sens. Moins une personne âgée se nourrit, moins elle va être intéressée par l'alimentation. Dans le sens inverse, cela se vérifie aussi...

Plus on propose à manger à une personne âgée, mieux elle va pouvoir manger. On a suffisamment d'études en physiologie et en pathologie pour pouvoir l'affirmer. Par exemple, des études ont été faites à l'échelle d'un repas. On organise un repas test, en privilégiant la forme d'un buffet : une personne jeune va manger, en moyenne, 1 000 calories ; une personne âgée va manger spontanément 1 000 calories. Les personnes âgées mangent moins que les jeunes : c'est une vérité. Mais l'enjeu véritable consiste, pour nous, à évaluer l'effet d'un stress, d'une intervention, trente minutes avant le repas du déjeuner. Concrètement, on leur apporte un grand yaourt de 500ml, aromatisé à la framboise. Comment les personnes vont-t-elles

se comporter? Après le yaourt, qui peut être riche, sucré (double de calories), gras (65% de matières grasses), les personnes jeunes vont enregistrer cette surcharge calorique et diminuer progressivement leur prise alimentaire au moment du déjeuner ; au final, elles vont compenser ce qu'elles avaient prévu de manger. De façon générale, les jeunes compensent bien, ce qui se vérifie par les études auprès de personnes n'ayant pas de problèmes de comportement alimentaire : si on leur dit « Vous allez manger deux Mars par jour », ils ne prendront pas de poids car elles arrêtent de manger quand elles sont rassasiées.



Les personnes âgées, là encore, vont se comporter très différemment. Dans cette étude, elles mangent déjà moins au buffet. Surtout, avec un yaourt riche, elles vont manger jusqu'à 30% de plus que ce qu'elles auraient mangé spontanément au repas. C'est très important pour nous : quand on propose une prise en charge nutritionnelle, à travers une alimentation enrichie, une collation, des compléments nutritionnels oraux hyper-énergétiques ou hyper-protidiques, les personnes âgées vont peut-être manger un peu moins au repas, mais davantage sur la globalité.

Autrement dit, l'enrichissement de l'alimentation est une stratégie extrêmement efficace pour améliorer les apports alimentaires d'une personne âgée.

On observe également un phénomène « d'entraînement » lorsque l'on propose des aliments plus riches, plus denses, plus hyper-énergétiques. Une étude a ainsi permis d'observer les comportements induits par une logique de suralimentation. Pendant trois semaines, des personnes jeunes et des personnes âgées doivent manger 1000 calories de plus chaque jour. On mesure leur prise de poids (deux kilos supplémentaires, en moyenne, pendant deux semaines), puis on regarde ce qu'elles mangent après. Les jeunes ont un peu souffert et ils adaptent leur consommation alimentaire dans les dix jours qui suivent. Un mois après, ils ont retrouvé leur poids habituel. En revanche, les personnes âgées ont mangé davantage pendant trois semaines, et elles continuent à l'issue de la période. C'est un effet d'entraîne-

ment, qui est très important. On peut relativiser car les résultats ne sont pas aussi simples dans la réalité. Mais ils montrent quand même, sur une période donnée, qu'il est possible d'augmenter les apports alimentaires chez quelqu'un qui en a besoin. Par exemple, chez les personnes très âgées, entre 92 et 96 ans, résidant en institution, l'idée était d'augmenter leurs apports alimentaires à travers un enrichissement des repas. Concrètement, c'est assez simple : on rajoute de l'huile, de la crème, du beurre, du lait, de l'amidon et on propose des collations hyper énergétiques. On a alors comparé un groupe qui

mangeait le repas standard pendant six semaines et un groupe bénéficiant d'un régime enrichi. Les résultats sont très significatifs : dans le deuxième groupe, l'apport alimentaire augmente de 30 %. Et réciproquement, lorsque les groupes sont inversés. L'enrichissement de l'alimentation est donc une bonne stratégie : on peut augmenter les apports alimentaires jusqu'à 30% et, à l'inverse, faire prendre du poids à des personnes âgées, quand cela est nécessaire.

On pose souvent la question du rôle de l'odorat et du goût dans les variations de poids et d'appétit.

Il existe effectivement une diminution des perceptions des odeurs au cours du vieillissement. C'est hétérogène et différentiel en fonction des odeurs. Prenons l'androsténone, utilisée par les ORL pour évaluer les odeurs. Chez les hommes et les femmes, de façon générale, la perception des odeurs diminue tout au long de la vie, entre l'âge de 10 ans et 90 ans. Mais c'est variable selon les odeurs. L'odeur de la banane, par exemple, est très bien perçue jusqu'à 70

ans et décline très tard. L'odeur du houmous diminue très lentement. Le clou de girofle a un peu le même profil que la banane. Le mercaptan, intégré au gaz pour alerter d'un risque de fuite, baisse très tôt dans la vie. À 50 ans, on commence à moins bien percevoir les odeurs de gaz... Ce qui est rassurant, c'est qu'on peut percevoir l'odeur de la rose jusqu'à très tard dans la vie !



On observe également des modifications de la perception du goût : c'est surtout le goût du salé qui diminue au cours du vieillissement, alors que le goût du sucré est finalement assez préservé. Cela peut expliquer, en partie, une modification du comportement alimentaire chez les personnes très âgées : elles ont tendance à manger plus sucré, car les aliments sucrés continuent de garder des perceptions alimentaires agréables, quitte à se détourner parfois des autres plats (la viande, les légumes, les féculents), dont le goût salé est parfois moins bien perçu ; en vieillissant, ils deviennent très fades... Le challenge est alors d'essayer de donner plus de goût aux plats salés, grâce au sel, aux épices, à la moutarde, etc. L'enjeu est toujours d'augmenter la perception du goût. On ne pense pas que le goût et l'odorat ont un impact chez les populations vieillissantes qui vont plutôt bien, dont

les comportements alimentaires sont liés au rythme, à la sociabilité : « C'est l'heure du repas, on fait comme d'habitude... ». En revanche, chez les personnes fragiles, l'évolution des perceptions peut avoir une incidence. Une étude a été faite, en particulier, sur le sujet. Elle consista à augmenter le goût des aliments, en mettant plus de goût, notamment dans les plats de résistance, avec de la poudre de glutamate. Or, ceux qui mangent ces plats (les « exhausteurs » de goût) mangent plus que les autres. Et sur une période de quatre mois, on observe moins de perte de poids chez les exhausteurs que parmi le groupe contrôle. Cela ne signifie pas qu'il faut mettre de la poudre de glutamate dans tous les plats destinés aux personnes âgées ; mais qu'il faut veiller à ce que les aliments aient du goût pour être bien consommés.

LA COMPOSITION CORPORELLE

C'est le deuxième point important et différent chez les personnes âgées.

Si on observe la corpulence, qui est l'indicateur le plus « grossier » de l'approche nutritionnelle, on va regarder la prévalence de l'obésité et l'Indice de Masse Corporelle moyen. Il passe de 22 pour les individus entre 19 et 25 ans, à 26/28, pour des populations en bonne santé âgées entre 65 et 70 ans. Or, si le poids augmente, la prévalence de l'obésité augmente. Elle est relativement faible, fort heureusement, entre 18 et 24 ans, mais elle augmente au fil de la vie : entre 55 et 64 ans, près de 20 % des personnes peuvent être considérées comme obèses. Ce qui

se passe après est ce qui nous intéresse. Grâce à l'étude ObÉpi de 2012, on a pu constater qu'à 80 ans et plus, environ 15 % des personnes sont obèses. Cette courbe de prévalence de l'obésité suit celle de l'IMC : de façon générale, on sait qu'on grossit de 18 à 65 ans, puis on a l'impression que le poids diminue. La question est alors de savoir si ce sont les personnes âgées qui maigrissent, ou si ce sont les personnes les plus « grosses » qui meurent de leur poids. Probablement un peu des deux pour cette population-là.

À l'intérieur de cette composition corporelle, les situations sont également différentes : dans un corps, il y a la masse grasse, la masse maigre non musculaire (les os, les viscères, etc.) et la masse musculaire. Ce qui est spectaculaire, c'est le changement, en proportion, de la composition en masse musculaire, entre une personne jeune et une personne âgée. On perd quasiment la moitié de son muscle. Tout cela est remplacé par du gras, du tissu adipeux.

Comment peut-on illustrer ce phénomène de composition corporelle ?

On peut observer les courbes des cuisses en IRM. Regardons celle d'un homme de 31 ans, doté d'une belle masse musculaire ; puis un homme de 65 ans, une femme de 73 ans et une femme de 85 ans. On constate, très clairement que la masse grasse gagne du terrain, alors que la masse musculaire se rétrécit. Pour la femme de 85 ans, elle n'a déjà pas beaucoup de cuisses, mais beaucoup de tissu adipeux dans cette surface, qui rentre même entre les faisceaux musculaires. C'est ce qu'on appelle la myostéatose : le gras rentre à l'intérieur des cellules musculaires. Quand on est âgé, il y a du gras dans

le muscle. Le problème, ce sont les mauvaises interactions entre le tissu adipeux et le tissu musculaire, qui entraîne une diminution de la performance et a un impact fonctionnel assez rapide. Imaginez que cette vieille dame, qui perd 5 ou 10 kg : elle a encore moins de muscles... C'est ce qu'on constate souvent dans les hôpitaux : des personnes âgées n'arrivent plus à se lever de leur fauteuil car elles n'ont plus de muscles dans les cuisses.

La part de muscle ne dépend pas uniquement de la proportion du gras. Les sujets les plus importants et les plus difficiles à identifier sont les « obèses sarcopéniques ». Ils sont gros, donc on peut penser que tout va bien sur le plan nutritionnel ; mais, en fait, ils ont beaucoup de tissus adipeux (donc pas assez de muscle). Or, si vous n'avez plus assez de muscle pour mobiliser votre bras, vous allez rapidement devenir dépendant. Les obèses sarcopéniques sont une population particulièrement à risque sur le plan de l'autonomie. Il existe aussi une étude, sur le sujet, portant sur des personnes âgées

de plus de 60 ans, parfaitement autonomes, séparées en groupes : sarcopéniques / non sarcopéniques, obèses / non obèses. Les obèses sarcopéniques deviennent le plus rapidement dépendants. La sarcopénie se définit par une diminution de la masse musculaire associée à une diminution de la force musculaire (qui peut être évaluée par une difficulté de préhension) et une diminution de la fonction musculaire (qui peut être évaluée par la vitesse de marche). Or, chez les 67-72 ans, 4 à 8% des personnes sont sarcopéniques ; la proportion atteint 20 à 25% des plus de 85 ans.



***Pourquoi perd-on tout ce muscle ? Et que peut-on faire ?
Il y a beaucoup d'explications, car la sarcopénie est multifactorielle. Il va donc falloir agir de façon assez globale.***



Le premier facteur concerne les apports protéiques. Les personnes âgées qui mangent le moins de protéines sont celles qui ont le plus de risques de devenir sarcopéniques. Si vous n'apportez pas de protéines, vous ne pouvez pas entretenir correctement vos muscles. Or, on sait que les besoins en protéines sont plus importants chez les personnes âgées que chez les personnes jeunes. Ces derniers ont besoin, en moyenne, de 0,8 g de protéines par kilo. Chez la personne âgée, c'est plutôt entre 1 et 1,2g.



Observons également l'activité physique. C'est un message qu'on développe actuellement sur la prévention nutritionnelle : on ne peut plus parler de nutrition sans parler d'activité physique. Le constat est assez simple : plus on vieillit, moins on bouge, plus on devient sédentaire.



Un deuxième facteur concerne les sécrétions hormonales, surtout l'insuline (une hormone anabolisante). En vieillissant, on devient insulino-résistant, ce qui entraîne la probabilité de développer un diabète plus important. Ces situations d'insulino-résistance ou de diabète non traités expliquent que l'insuline ne peut plus jouer son rôle protecteur vis-à-vis du muscle ; par conséquent, la sarcopénie va se développer. D'autres hormones sont sûrement impliquées dans la sarcopénie (testostérone, hormone de croissance). Mais si on donne de la testostérone ou de l'hormone de croissance, cela va être efficace sur la masse musculaire, sans forcément d'effets sur la force et le performance musculaire ; on craint également les effets à long terme de ces hormones.

Aux États-Unis, une vaste étude a été menée sur des personnes âgées de 6 à plus de 70 ans. En leur apposant un accéléromètre à la ceinture ou un podomètre, on constate que les garçons de 6 à 11 ans constituent la population qui bouge le plus. On les connaît bien : ils courent partout, ils grimpent sur les meubles, jouent au foot, etc. Ils développent 646 coups par minute d'activité physique. Les petites filles bougent aussi, mais moins. Puis, plus on avance en âge, plus l'activité physique diminue. Je ne parle pas

de faire une activité sportive, mais simplement de bouger, au cours de la journée. Concrètement, on passe de 646 à 188 coups par minute chez les hommes et à 169 chez les femmes. C'est un changement drastique de comportement qui va expliquer, pour beaucoup, la perte de masse musculaire.

L'activité physique est un point fondamental dans le vieillissement, qui a un rapport très important avec la durée de vie et l'autonomie.

On peut également comparer les sédentaires et les actifs. A 70 ans, si on est actif, la mortalité à 8 ans est de 15%, mais elle est de 27% si on est peu actif. À 78 ans, la différence encore plus importante (26% contre 40%). A 85 ans, l'étude observe la mortalité à 3 ans : elle est de 7% si on est actif et 24% si on est sédentaire. Ces données sont quand même très importantes pour motiver les gens dans l'optique de préserver leur survie et leur autonomie. Une activité physique, même à 78 ans, permet de rester autonome dans les activités de la vie quotidienne, jusqu'à 85 ans. Ce n'est donc jamais trop tard pour bien faire : même si vous commencez aujourd'hui, vous en aurez un bénéfice...



L'effet de la vitamine D. Vous savez probablement qu'il est recommandé, aujourd'hui, que toutes les personnes âgées de plus de 65 ans soient supplémentées en vitamine D, pour les os mais aussi pour les muscles. Les carences en vitamines D entraînent une diminution de la force musculaire. Un travail, mené en maison de retraite, sur une expérience d'administration de vitamine D, a montré que ceux qui étaient supplémentés augmentaient leur force musculaire sans aucune autre intervention. C'est donc important pour les chutes et les fractures.

Dans cet état nutritionnel un peu fragilisé par le vieillissement, la dénutrition peut intervenir à l'occasion de tout événement : psycho-sociaux, environnementaux, pathologies, médicaments, régimes, troubles cognitifs, dépressions, troubles de la déglutition, situations de dépendance, etc. Il existe beaucoup de

facteurs de risques, mais quelques vérités : une personne âgée en bonne santé ou stabilisée par son traitement, bénéficiant d'une vie sociale et exerçant un peu d'activité physique, a peu de probabilité d'être dénutrie. En revanche, dès qu'un événement intervient, il faut absolument surveiller son poids.

CONCLUSION

Le vieillissement fragilise le statut nutritionnel. Il existe des troubles de régulation et d'appétit, des modifications de la composition corporelle. Il y a beaucoup de mécanismes en jeu et il s'agit de processus multifactoriels. Il va donc falloir élaborer des stratégies nutritionnelles permettant d'optimiser la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie, de maintenir l'autonomie et de favoriser le maintien de la qualité de vie chez les personnes âgées.

↳ *Jean-Charles Pomerol*

C'est passionnant. Je retiens notamment qu'une personne âgée, qui va perdre du poids, récupère moins facilement : elle a tendance à « descendre des marches » et il faut donc réagir très vite. La bonne nouvelle, c'est que l'espérance de vie augmente lorsque l'on bouge...



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ *Participant*

Vous n'avez pas du tout parlé de la déminéralisation. L'année dernière, une partie du colloque était consacrée à la chute. Toute personne qui a un accident, quel qu'il soit, a du mal à retrouver une consolidation de ses os. Par rapport à la nutrition, vous avez parlé de la vitamine D, mais vous n'avez pas évoqué le calcium et son assimilation.

→ *Dr Raynaud-Simon*

L'ostéoporose se constitue effectivement autour du vieillissement. Ce qui la conditionne, c'est la masse osseuse qu'on atteint à l'âge de 20 ans, d'où l'importance que les enfants et les adolescents soient bien nourris en protéines, en calcium et en vitamine D. Petit à petit, on va diminuer sa masse calcique et être exposé à des problèmes nutritionnels. La maigreur est un facteur important d'ostéoporose, comme de faibles apports en protéines ou en vitamine D. Donc, bien sûr, à l'occasion d'une dénutrition, on peut améliorer sa masse osseuse.

↳ *Participant*

Je voudrais ajouter l'importance de manger à heures fixes et l'importance de la dimension visuelle pour les repas. Personnellement, j'ai travaillé au Club Med, où l'odeur et le visuel constituaient des éléments importants, un peu au détriment du goût. Quand on va dans les maisons de retraite, les personnes âgées disent souvent : « C'est moche, ça ne ressemble à rien. » Et si vous mettez deux plats sur un buffet, celui qui est le mieux disposé, le plus appétissant, va être le plus demandé (au-delà du goût).

→ *Philippe Cardon*

Vous avez parfaitement raison. Des équipes se sont intéressées, relativement récemment, à l'aspect de la diversité alimentaire, au cœur de l'assiette. Plus c'est diversifié, particulièrement au niveau du visuel, plus les personnes âgées vont consommer. On l'observe notamment à travers la couleur des légumes. C'est un aspect très important.



3

INTERVENTION

DR MONIQUE FERRY

Pas de retraite pour la fourchette

↳ Je m'occupe du vieillissement au sein du programme « Nutrition-santé ». Je connais donc bien le vieillissement, même si je ne suis pas toujours d'accord avec tous les référentiels en vigueur. Je partage de nombreux points essentiels avec Philippe Cardon et Agathe Raynaud-Si-

mon, c'est ce que vous verrez en fin d'intervention à travers le site que j'ai créé, accessible à tous et gratuit. Mon intervention va concerner deux aspects fondamentaux : la longévité et les besoins des personnes âgées.

LA LONGÉVITÉ

Telle qu'elle est donnée par l'INSEE, la longévité était portée, jusqu'alors, par les femmes : elles étaient beaucoup plus vivaces, longtemps, parce qu'elles n'avaient pas les mêmes problèmes d'activité que les hommes. Cela a chan-

gé avec la société contemporaine. Elles ont désormais des stress cardio-vasculaires, elles ont pris l'habitude de fumer ; le cancer du poumon est même beaucoup plus précoce chez la femme que chez l'homme, parfois après quarante ans.



Par conséquent, la progression de longévité a aujourd'hui tendance à stagner ; elle est même probablement en train de diminuer. Or, on ignore certains mécanismes du vieillissement, liés aux sujets eux-mêmes ou à la société, ce qui explique que certaines réponses soient inadaptées. Qu'est-ce que c'est que le vieillissement ? C'est un grand « problème ». Est-ce à 70 ans ou plus, ou un âge inférieur ? Je vais vous mettre tout de suite à l'aise : au niveau Européen, la plateforme AGE a rejoint les données dispo-

nibles aux Etats-Unis. A 50 ans vous êtes senior (oui c'est vrai, ne riez pas), jusqu'à 75 ans ; et à partir de là, vous êtes « vieux », dépendant, etc. Je suis fâchée avec ces critères, car nous avons quand même des « vieux » qui sont en très bon état de santé, athlétiques ; heureusement pour nous ! Le vieillissement peut être un vrai « succès ». C'est le cas de cette dame, que j'ai prise une fois en photo : elle a 72 ans et fait du rafting sur l'Ardèche ; on lui achèterait sa santé.

Voici un autre exemple de vieillissement : une autre vieille dame, également âgée de 70 ans, qui était l'aidante principale de son mari victime de l'Alzheimer.

Elle a fait justement une déperdition. Elle a tenu son mari à bout de bras pour le faire manger, si bien qu'elle oubliait de manger elle-même : elle a perdu du poids, de la masse osseuse et elle a eu une fracture du col du fémur qui a été extrêmement difficile à réparer.

Enfin, dernier exemple, le cas d'un vieillissement « normal ». Cette vieille dame américaine, normale, mais déjà un peu maigre...

Qu'est-ce qui se passe ? Le vieillissement est complexe, multifactoriel et progressif. Le philosophe Alain a dit que « le vieux est celui qui a dix ans de plus que vous ». C'est vrai, mais ça commence très tôt. Le problème est que ce processus n'agit pas comme la ménopause, où il y a un arrêt brutal : le vieillissement est un mécanisme continu, progressif et surtout individuel. Il y a autant de vieillissement que de personnes âgées. Les personnes ont le même âge, mais ces âgés incluent un vieillissement variable selon l'aspect physique, biologique ou social. On en a suffisamment parlé ce matin. Vous voyez qu'on peut avoir des vieillissements différentiels et que chacun vieillit à son rythme...

Qu'est-ce que le vieillissement réussi ? Pour moi, cela consiste à préserver ses conditions physiques, sa fonction cognitive et son implication sociale. Si ces trois piliers ne sont pas réunis, il manque quelque chose. Le vieillissement habituel, c'est cette dame, avec son petit chignon, qui cueille ses fleurs, qui est maigre et a un risque de fragilité. La fragilité, c'est ne pas arriver à assumer le niveau de ses besoins corporels utiles. Le vieillissement pathologique, c'est ce que vous avez également vu : ce sont des maladies ou certaines acutisations de la vie, qui sont handicapantes.



Le vieillissement est inéluctable : chaque année, nous prenons 12 mois en plus ! Vous n'y pourrez rien. En revanche, mal vieillir est loin d'être une fatalité. On peut vieillir bien.



Le vieillissement primaire peut se définir comme le fait d'avoir certains types de vieillissement, hérités de ses parents. Il peut s'agir d'anomalies, comme l'hypercholestérolémie familiale, qui entraînent des infarctus du myocarde chez des enfants de 14 ans. Aujourd'hui, on les détecte facilement et c'est pour cela qu'on enquête sur les antécédents. On sait moduler ce vieillissement génétique.



Le vieillissement secondaire, c'est différent : c'est la façon dont vous vous comportez au quotidien. Philippe Cardon vous l'a montré en sociologie : en fonction de la manière dont vous allez vivre, consommer des antioxydants ou fumer comme une cheminée, vous n'arriverez pas à bien vieillir. Dans le cas, c'est une feuille à deux sens, parce qu'il y a des pathologies et des handicaps. Agathe Raynaud-Simon a parlé du vieillissement des diabétiques : certains types de diabètes, qui n'ont pas pu être traités à temps, aboutissent à des handicaps (exemple : des cas extrêmes d'amputation). On peut arriver à ne pas être diabétique de type 2 quand on est âgé, à condition de ne pas avoir d'insulino-résistance. Et pour cela, il existe deux leviers importants : l'apport alimentaire et l'activité physique.

La bonne nouvelle, c'est qu'on peut être fragile, mais redevenir robuste : on n'est pas obligé d'aller vers le handicap. On peut être fragile et être traité pour cette fragilité. Il peut s'agir d'une fragilité musculaire : quand vous avez l'incapacité à monter les escaliers, vous pouvez retrouver cette capacité à les monter. C'est très important car, avant, on avait tendance à penser que la fragilité était irréversible ; autrement dit : quand

on est fragile, on devient forcément handicapé. C'est faux car cela peut être reversé. De façon plus générale, pour les personnes qui vieillissent, elles peuvent bien vieillir si on fait attention à différents curseurs : l'alimentation, l'activité physique, l'activité sociale, l'adaptation du traitement, y compris pour des pathologies chroniques qui permettent aujourd'hui de vivre très longtemps.

Qu'est-ce que le vieillissement, en tant que tel ?

C'est le vieillissement sensoriel :



Les yeux et les oreilles. La plupart des gens qui vieillissent ont des problèmes de presbytère acoustique et entendent mal. Or, quand on entend mal, on peut mal comprendre, ce qui peut devenir embêtant.



Le goût et l'odorat, nous en avons parlé. Brillat-Savarin disait que « l'odorat, c'est la cheminée du goût ».



L'équilibre. Quand on a un déséquilibre, on a plus de risques, par définition, de chuter ; et quand on chute, on est plus à risque de se casser quelque chose. Quand on a une chute, c'est souvent lié à une faiblesse musculaire, même si ça peut être accidentel.



Les os, nous en parlons beaucoup. Je pense que le calcium doit être digéré par voie alimentaire. L'absorption du calcium se fait différemment chez le sujet âgé ; mais quand vous avez une quantité de calcium X au niveau du tube digestif, on peut envisager une absorption spécifique, avec du calcium plus efficace que celui qu'on prend habituellement.



Le système cardio-vasculaire, les problèmes d'hyper-tension et l'ensemble des pathologies qui existent au niveau du vieillissement cardio-vasculaire circulaires.



La fonction cognitive.

Ceci dit, un vieillissement peut être réussi si l'on garde ses capacités d'adaptation, si l'on mange correctement et si l'on bouge suffisamment. C'est le meilleur choix. Bouger ne veut pas forcément dire faire de la gym : c'est éviter d'être sédentaire.

Voici maintenant un ensemble de problèmes qu'on rencontre à l'étude du vieillissement.



Il y a d'abord cette enquête menée pour Genève dans l'ONS en 2000, au domicile des personnes âgées. On s'est rendu compte que 34% avaient, en premier cas, des problèmes psychosociaux, qui se traduisent généralement par de la solitude. La solitude ne signifie pas être seul,

isolé, car on peut être parfaitement seul, tout en vivant dans un grand ensemble. Les autres problèmes rencontrés concernent la perte de mémoire, la dépression et, à un stade plus important, la démence.

La dénutrition et la malnutrition arrivaient tout juste après, à notre grande surprise. Elles concernent 15% des cas. Les personnes concernées ont des difficultés à s'alimenter. Elles avaient diminué leurs apports alimentaires, pour de nombreuses raisons, notamment le fait de ne pas pouvoir aller plus loin, physiquement, que l'épicerie du quartier ; cela n'est pas du tout anecdotique, car ça peut être synonyme de monotonie alimentaire, ce qui aggrave la perte de goût. Quand vous mangez tout le temps la même chose, vous n'avez pas envie de manger. On a déjà montré, ce matin, tout ce qui était

important pour avoir de l'appétit : la régulation de l'appétit, mais surtout l'envie de manger. On a fait des études et cette envie de manger peut persister chez des gens très âgés. Ces études (SENECA, 2000) sont les premières à inclure des sujets de 70 à 75 ans, à l'époque où personne ne s'y intéressait. SENECA était la sœur jumelle de MONICA, une étude que tout le monde connaît, concernant les facteurs de risques cardio-vasculaires chez les personnes jeunes, ou la découverte de l'importance du cholestérol.

Un autre critère intervient après, concernant les chutes et surtout la sédentarité.

Sédentaire veut dire rester assis. Ici, vous êtes assis, c'est bien, mais vous ne restez pas tout le temps dans cette position. Or, quand on est âgé, on compte le nombre de pas. Et quand on compte le nombre de pas, à l'aide d'un podomètre, on peut mesurer la mobilité d'une personne. Quand elle a un accident de parcours, elle peut faire « lit-fauteuil », puis « fauteuil-lit ». Elle est moins mobile et on doit se de-

mander s'il se passe quelque chose. Le vieillissement n'est pas seulement la cause de la dénutrition. En revanche, une maladie ou un événement de vie sont des facteurs à risques pour les personnes âgées. Je ne vais pas aborder l'environnement, car Philippe Cardon vous a déjà parlé de tous les facteurs qui pouvaient intervenir. Je vais m'attarder, un instant, sur les médicaments et les régimes.

Certains types de médicament génèrent une diminution du goût, car ils le modifient. Ils sont souvent pris au moment du repas, souvent avant le repas et avec beaucoup d'eau. Le problème, quand on boit beaucoup d'eau avant le repas, c'est qu'on a moins faim après. Il ne faut pas prendre tous les médicaments au moment du repas. Je vais prendre

l'exemple d'une image que m'a donnée Faizant : elle représente une vieille dame à table, entourée de médicaments, à qui son mari dit : « Surtout, n'oublie pas de prendre ton repas pendant tes médicaments. » C'est une manière de rappeler qu'on peut prendre les médicaments pendant ou à la fin d'un repas : tous ne se prennent pas avant.



Concernant les régimes, je me bats pour qu'aucun régime n'intervienne, notamment restrictif, au-delà de 70 ans. Vous avez vu lors de l'intervention d'Agathe Raynaud-Simon sur la dysrégulation de l'appétit : quand un régime intervient chez une personne âgée, il y a, par définition, une diminution de l'apport alimentaire, qui entraîne une diminution du poids et toutes les conséquences que l'on connaît. Donc, attention aux régimes restrictifs. En tant que méde-

cin, je mets souvent ce problème sur la table : on prescrit souvent des régimes et on oublie de les arrêter. Le problème, intervient lorsque les personnes viennent nous voir en disant :

« Mais docteur, qu'est-ce que je mange, maintenant ? »

Bref, il faut arrêter tous les régimes restrictifs après 70 ans !

↳ POURQUOI SE NOURRIT-ON ?

Pour la première fois, un numéro spécial de la revue Nature a été publié sur ce sujet. Et pourquoi les sujets âgés ont-ils besoin de se nourrir plus que les jeunes ? La raison est simple : le prix d'un pas en avant coûte plus cher en énergie et en protéines chez un sujet âgé. C'est nécessaire aussi pour survivre. Vous connaissez tous, malheureusement, l'épisode des prisonniers irlandais qui sont morts de faim au 52^e ou 53^e jour. Ils n'avaient pas fait la grève de l'hydratation mais la grève de la faim, et ils sont morts au bout de trois mois. Qu'est-ce qui pourrait se passer de façon plus générale ? On absorbe tous les jours une quantité minimum d'aliments. On pourrait

se contenter d'absorber des aliments selon les critères qui sont donnés par les apports nutritionnels conseillés. Ce n'est pas vrai. Philippe Cardon nous a bien montré que certaines personnes âgées fabriquent des orthorexies. C'est une maladie pire que l'anorexie, qui concerne les gens fuyant tous les référentiels. Quand on absorbe les aliments selon ses besoins, on oublie souvent qu'il existe une relation complexe entre la motivation, l'émotion et surtout le plaisir de manger. Quand on est âgé, c'est un des seuls plaisirs qui reste, en particulier quand on a perdu tous les autres.



Que se passe-t-il quand on est à risque, quand on mange moins ?

On risque d'être fragile et dénutri. C'est la raison pour laquelle le programme national de la Santé a une certaine importance. Le programme a étudié tous types de consommateurs, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. Un chapitre concernait spécifiquement les gens âgés (PNS 3). Il proposait un livre vert, que vous avez sans doute tous vu à l'époque, concernant le lien entre l'alimentation et les habitudes de vie. Il a été distribué un peu partout. Ce livre vert a été fait en fonction de typologies alimentaires et de typologies de vie. A partir de cela, on a fait un livre spécial, dédié aux personnes âgées. Ce fut « une guerre », car l'âge retenu concernait les personnes de plus de 55 ans. A 55 ans, en effet, la plupart des femmes sont ménopausées, ce qui est aussi une période où la façon de s'alimenter devient différente. Vous pouvez le constater

ici : les produits laitiers ont été augmentés et surtout, les interdictions sont évitées. On parle toujours de « cinq fruits et légumes par jour », même si beaucoup de gens ne comprennent absolument pas ce que cela signifie. Moi, je prends souvent l'exemple du kiwi, pour montrer les problématiques liées à la compréhension des « consignes ». Aujourd'hui, on cultive les kiwis dans le sud de la France et je rappelle souvent que c'est très bien de manger un kiwi à la coque au petit-déjeuner : les petits grains sont parfaits pour le transit des gens âgés et c'est bourré de vitamine C. Pourtant, on m'a déjà posé la question : « Vous n'avez pas dit combien de temps on fait cuire à la coque le kiwi ? » C'est comme ça tout le temps. On a tendance à marquer partout « Limiter la consommation ». Mais sans donner de référence.

↳ On a également entrepris l'étude SU.VI.MAX 2, qui intégrait les personnes de 50 à 72 ans, par rapport à la première édition. C'est une étude extrêmement complexe sur le comportement alimentaire et la qualité du vieillissement. D'autres études existent, comme celle que j'ai menée sur 7 000 sujets de 50 à 72 ans : les résultats montraient l'importance de l'alimentation et le fait de connaître un vieillissement accéléré en raison d'une mauvaise alimentation. Il existe donc des alimentations néfastes qui peuvent accélérer le vieillissement, notamment le vieillissement cognitif. On a vécu très

longtemps avec l'idée que la tête et le cerveau étaient réservés aux neurologues : c'est faux ! La nutrition du cerveau est extrêmement importante. Elle dépend de la nutrition de l'organisme dans son ensemble. Ce qui est paradoxal avec le cerveau, c'est qu'on peut bien nourrir tout l'organisme, seul le cerveau décide de ce qu'il va manger ou pas. C'est extrêmement complexe. Mais tout ce qu'on dit, depuis vingt ans, est aujourd'hui démontré : si on a une alimentation variée, diversifiée, on a moins de risques de mal vieillir.

↳ LA DÉSHYDRATATION EST AUSSI UN POINT ESSENTIEL.

Agathe Raynaud-Simon parlait tout à l'heure des gens qui mangeaient moins de 1 300 calories par jour : je les appelle « les sarments de vigne ». Parmi ces personnes, nombre d'entre elles ont toujours mangé peu. Mais il ne faut surtout pas qu'elles se dessèchent. À l'hôpital, par exemple, 50% des personnes âgées sont déshydratées. Lors de la canicule, le premier effet de la déshydratation provient des crampes musculaires : pour une personne âgée, cela peut conduire à ne pas pouvoir monter son pack d'eau. Or beaucoup de personnes pensaient que l'eau du robinet risquait de les empoisonner. On m'avait alors demandé de faire une étude dans le cadre du PNNS (intitulée Sauminute) sur le lien entre l'alimentation et la solitude en milieu rural et périurbain. Cette étude a montré que les sujets en bon état de santé, sans problèmes ni accidents de vie, sont très peu dénu-

tris (4% en moyenne, contre 10% à 85 ans). En revanche, lorsque les personnes sont isolées, ou en situation d'isolement psychologique, 23% sont en dénutrition. Au bout d'un an, on avait des gens qui n'avaient jamais mangé une seule fois avec quelqu'un d'autre. C'est grave ! L'étude a donc permis de rappeler que la solitude et l'isolement sont des facteurs très importants pour la dénutrition. De la même manière, on a montré que ces gens qu'on avait suivis, à qui on avait expliqué l'importance de boire et le minimum d'activité physique nécessaire, n'ont pas été victimes de la canicule. Car on passait notre temps à leur expliquer. Pour prendre une image, quand la viande est persillée, ça signifie qu'il y a du gras dans la viande, ce qui n'est pas bon. C'est la même chose avec un muscle persillé, lorsqu'on devient vieux.

De nouvelles recommandations ont été faites au niveau de l'agence européenne pour boire sans boire trop. Il faut boire 1,5 à 2 litres par jour, en comprenant les boissons et l'eau contenue dans les aliments. Or, on oublie très souvent qu'on s'alimente aussi pour boire. Il y a, par exemple, des fruits de saison. On sait pertinemment que les melons et les pastèques sont remplis d'eau (99% de la composition), comme la fraise. Quand il fait chaud, ces aliments contiennent

de l'eau. D'ailleurs, dans de nombreux pays, on se sert de cette propriété. Les pâtes sèches, par exemple, ne contiennent presque pas d'eau ; quand on les fait cuire, elles contiennent 70% d'eau au minimum. Quand vous faites cuire les pâtes, vous voyez que l'eau est consommée. Le couscous permet aussi d'imbiber la semoule. À l'inverse, vous pouvez toujours essayer de faire cuire des lentilles, l'eau n'y rentrera pas.



↳ Tous ces exemples concernent le plaisir de manger. Cela m'a fait plaisir que mon expression, « Pas de retraite pour la fourchette ! », soit retenue pour cette intervention. C'est le nom d'un petit opuscule que j'ai écrit. Et je reste toujours convaincue qu'il n'y a pas de retraite pour la fourchette, que seul le plaisir de manger reste important quand on vieillit. C'est le meilleur moyen qui existe pour ne pas être dénutri.

En revanche, le sujet de la malnutrition est très important. On a déjà évoqué le manque d'appétit, les régimes restrictifs, la diminution des apports alimentaires, lorsque l'on avance dans le vieillissement. A cela s'ajoute une augmentation des pertes (malabsorption, hypermétabolisme), qui entraîne également des besoins importants. Les sujets dénutris que nous examinons le sont vraiment. Regardez ce que cela donne : Evan Schneider a réalisé cette diapositive, permettant de comprendre que la composition cor-

porelle ne veut pas dire la même chose quand on est plus âgé ou plus jeune. Elle représente, d'un côté, un homme jeune avec des tablettes de chocolat et de l'autre, un homme âgé : il a le même poids, la même taille, mais il donne l'impression que tout est descendu, car il a moins de masse musculaire et davantage de masse grasse. L'Indice de Masse Corporelle (IMC), que tout le monde utilise, révèle pourtant qu'il n'a pas du tout la même signification quand on a dépassé 70 ans.

Ce site, ateliercuisinesenior.com,

a été créé tous, et plus particulièrement pour ceux qui ne veulent pas perdre l'habitude de cuisiner. C'est un site gratuit, avec tous les modes de cuisine, notamment pour les aidants. C'est très interactif : vous appuyez sur la porte du réfrigérateur, elle s'ouvre et vous dit ce que vous pouvez mettre dedans, comment le nettoyer, etc. Même chose pour le congélateur et le placard. À la fin, vous avez un espace de recettes, relativement simples à faire.

↳ CONCLUSION



Je voulais terminer avec Le Chat de Philippe Geluck. Il dit :

« Les vieux ont cet avantage qu'ils sont au moins certains d'avoir été jeunes. Par contre, aucun jeune n'est certain de devenir un jour vieux. »

Je vous laisse méditer sur cette phrase et je vous remercie de votre attention.



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ *Jean-Charles Pomerol*

Merci beaucoup, Mme Ferry. C'était passionnant. Y a-t-il des questions, des commentaires ?

↳ *Participant*

Merci pour ces exposés. J'ai une question par rapport à votre remarque sur les régimes restrictifs après 70 ans. Quand on a des pathologies particulières, par exemple du diabète, certains disent qu'on n'a plus besoin de faire attention ; d'autres disent le contraire : quelles sont vos recommandations quand on a des pathologies particulières ?

→ *Dr Monique Ferry*

C'est un vrai problème que vous posez, parce que les gens sont très attachés à leurs « péchés ». Le problème, quand on prend l'exemple d'un diabétique, c'est qu'on doit lui apporter au minimum du sucre chaque jour, souvent du sucre lent, au moins 200g en théorie. Or, quand on interroge les gens, dans la plupart des cas, c'est Madame qui fait le repas et qui a peur que son mari ait un problème à cause de son diabète : du coup, on a des sujets qui sont dénutris parce qu'ils manquent d'alimentation quand ils sont âgés. Il y a aussi des gens qui ont leurs médicaments mais qui n'ont pas l'apport minimum nécessaire pour qu'ils soient efficaces, ce qui peut se traduire par des hypoglycémies. On a donc une anomalie de traitement. Je vais prendre l'exemple d'une femme qui avait tellement peur qu'il arrive quelque chose à son mari, qu'il était complètement dénutri lorsqu'il est arrivé à

l'hôpital. On l'a fait manger normalement. Prenons aussi l'exemple de l'estomac plein. Je ne comprends pas que dans les maisons de retraite, ou dans certains hôpitaux, c'est la « double peine » pour les diabétiques. Quand vous avez mangé et que vous avez l'estomac plein, vous ne ferez pas monter brutalement la glycémie si vous mangez un dessert comme les autres. Ce qui est important est de ne pas grignoter des choses sucrées ; il faut grignoter « intelligent ». C'est la chose la plus importante : manger un yaourt avec un biscuit, un bol de chocolat avec quelque chose, mais ne pas grignoter du sucre pur en dehors. Les bonbons, par exemple, sont très mauvais. C'est le même problème pour cette fameuse obésité sarcopénique dont vous a parlé Agathe Raynaud-Simon. Une patiente est venue me voir en me disant : « Je dois perdre quarante kilos parce que je suis en obésité.»

Elle en pesait quatre-vingt. Pourquoi ? « Parce qu'on doit me mettre une prothèse du genou. » Quand j'ai mesuré la personne, elle avait perdu 5cm, parce qu'elle avait également une fracture d'ostéoporose. Elle me dit qu'elle mesure 1m62. Je lui dis « Désolée, regardez. » Elle mesurait effectivement 1m57. Elle me dit « On ne me l'a jamais dit. » Je lui ai répondu justement : « Vous n'allez pas maigrir de quarante kilos, vous n'allez surtout pas maigrir trop ; quand on va vous mettre une prothèse de genou, la première chose qu'on va faire après, c'est vous réalimenter et vous allez reprendre les kilos ». Même si on reprend moins de poids que ce qu'on a vu, on en reprend quand même toujours un peu. C'est donc dommage de faire perdre plus de poids que nécessaire chez des gens qui n'ont pas besoin d'en perdre.



↳ **François Piette, Professeur de Gériatrie et président de la société de Gériatrie**

J'aimerais vous poser deux questions. La première concerne les régimes aro-général : pour la frange des 55-75 ans, est-ce que vous le maintenez aussi pour le régime méditerranéen, qui n'est pas un « restrictif » ? La deuxième question concerne les apports hydriques, évalué à 1,5 ou 2 litres d'eau par jour. Faut-il boire, même quand on n'a pas soif ? Et que faire pour la frange importante de la population âgée qui est hypertendue et prend des diurétiques ? Sachant que lorsqu'on prend des diurétiques, il ne faut pas trop boire.

→ **Dr Monique Ferry**

Je vous remercie pour ces questions importantes. Concernant l'hydratation, j'ai oublié de préciser qu'il fallait reprendre une hydratation normale, après la canicule. Par ailleurs, je n'ai jamais dit qu'il fallait arrêter de boire sans soif. Je suis d'accord avec vous. J'ai été convoquée au Ministère de la Santé, pour m'entendre dire : « Il faudrait que vous leur disiez d'arrêter, car les gens continuent. » Non seulement, ils sont sous diurétiques, mais en plus ils sont hyponatrémiques, c'est-à-dire qu'ils avaient des anomalies du mouvement sanguin. Boire sans soif, c'était pendant la canicule. On a montré la dysrégulation de l'appétit et la dysrégulation de la soif, avec l'équipe de Susanne Robert. Le groupe Philips, en 1984, a montré qu'il y avait une dysrégulation de la soif : quand on vieillit, on a moins envie de boire. Malheureusement, ça commence à partir de 50 ou 55 ans. Cela ne concerne pas seulement les gens très âgés. Quand on est très âgé c'est encore plus important, donc par définition, il faut ne pas boire sans soif ; quand il fait trop chaud, il faut arrêter les diurétiques. Concernant les régimes, la « diète » méditerranéenne consiste à s'al-

menter de façon variée, en mangeant moins de produits considérés comme plus ou moins néfastes. Je ne parle pas du foie gras... Un grand chef me disait récemment : « On n'a pas le droit de dire que le foie gras, c'est gras, parce qu'on en mange deux fois par an. Et puis, on peut dire ce qu'on veut, on n'empêchera pas une personne de manger du saucisson si elle envie de saucisson. » Cela étant dit, l'important est de s'alimenter de façon variée. Dans la diète méditerranéenne, l'huile d'olive a été réintroduite comme un facteur important. Ça a été montré. On préconise généralement de manger moins de viande et du poisson deux fois par semaine, pas plus. Il ne faut pas oublier que le poisson nettoie le fond des océans, donc il faut faire attention à ne pas avoir d'autres éléments de toxicité. Les vieux poissons gras, qui ont beaucoup vécu, peuvent être toxiques. A l'inverse, les sardines et les maquereaux sont des petits poissons gras, mais ils vont apporter autant d'Oméga 3. Et pour les puristes qui mangent des sardines complètes, vous avez du calcium dans l'arête.

↳ Participant

J'ai une question concernant l'apport en protéine. On préconise en ce moment une baisse de l'alimentation carnée. Pour un végétarien ou un végétalien, comment compenser la sarcopénie ? Par ailleurs, par rapport au coût de la viande, certaines personnes ont des moyens limités et baissent leur consommation. Qu'est-ce que vous conseilliez pour palier au manque de protéines ?

→ Dr Monique Ferry

Je vais faire une réponse double. Personne n'est obligé d'être végétarien ou végétalien. De ce point de vue, il ne faut pas oublier certaines suppléments indispensables quand on ne mange pas de produits animaux, en particulier la vitamine B12. On ne peut pas fabriquer de la vitamine B12 autrement que par les produits animaux. L'organisme humain ne peut pas le faire. On voit des anomalies de type neurologique ou rhumatismal qui sont liées au manque de cette vitamine. Concernant les protéines, je suis d'accord avec vous sur le fait que la viande a un coût très important. Et il existe, en effet, des équivalences, par exemple avec les œufs. Les produits laitiers également sont riches en protéines. Les gens âgés peuvent faire de la lactase, mais on n'est pas obligé de boire du lait si on n'aime pas : on peut manger certains types de yaourt ou de dessert. Vous avez les enrichissements en poudre de protéine, c'est très important et ça peut permettre d'acquérir suffisamment de masse protéique (avec deux œufs, une tranche de jambon, un bol de céréales même s'il faut faire attention au sucre). À côté de cela, certains fromages sont parfaitement équilibrés. Le deuxième versant concerne les protéines végétales. Chez l'homme, vous devez avoir 50% de protéines végétales et 50% de protéines animales. Chez les personnes âgées, ce ratio passe à 60 et 40%. Il existe de nombreuses protéines végétales, les végétariens le savent bien.

↳ Participant

Ce n'est pas une question, juste une vignette clinique personnelle. Ma mère, âgée de 75 ans à l'époque, a perdu son mari suite à un repas au restaurant qui était mauvais ; elle n'a pas mangé pendant presque une semaine, alors que c'était une très bonne mangeuse. Elle a continué à prendre ses médicaments, ce qui a baissé son taux de sucre. Mon père aurait été là, il aurait pu réagir, mais une personne seule n'a pas toujours quelqu'un pour lui dire de faire attention. On l'a retrouvée à la fin de la semaine, complètement confuse, avec un coma hypoglycémique très important. Depuis, elle a des séquelles importantes, alors que c'était une personne tout à fait autonome. Ce serait une information importante à donner, qui n'est pas réservée aux médecins. Il suffit souvent de demander simplement : « Tu n'es pas bien ce matin » ? Quand on est seul, on ne réfléchit pas à ce genre de choses.

→ Dr Monique Ferry

Il ne faut pas continuer à prendre certains médicaments, notamment les diurétiques évoqués avec François Piette. C'est la même chose avec les médicaments antidiabétiques.

↳ Participant

Est-ce que ce message passe dans l'information grand public ?

→ Dr Monique Ferry

Probablement pas suffisamment. La médiatisation fait qu'on ramène souvent tout aux jeunes. Pendant longtemps, les informations nous venaient des Etats-Unis et on mélangeait ce qui concernait les seniors entre 50 et 75 ans. A 75 ans, ils ont monté des nursing-rooms pour les vétérans du Vietnam. C'est totalement différent. On lisait cette littérature médiatisée sur les gens de 60 ans maximum, alors qu'on la rapportait aux personnes âgées de 85 ans ou plus. Donc non, il faut avoir une vision différente des choses.







4

INTERVENTION

ORESTE ROSSI

*Présentation de Senior International
Health Association (SIHA)
Intervention traduite de l'italien*

↳ Aujourd'hui, l'idée est de voir comment on va travailler auprès des seniors, à tous les niveaux, en Italie. Je suis représentant d'une association italienne et d'une fédération européenne, appelée la SIHA. Nous venons juste d'ouvrir une antenne à Bruxelles afin de reproduire ce que nous faisons, au niveau associatif en Italie. Dans notre pays, nous réunissons plus de 4 millions d'adhérents ; si nous parvenons à faire la même chose au niveau européen, nous en compterons 30 millions, en fédérant plusieurs associations similaires.

Dans cette perspective, nous pourrions faire valoir les thématiques que nous estimons indispensables, auprès du Parlement Européen : le vieillissement actif, la qualité de la vie, la tutelle des patients.

Dans notre association, nous identifions plusieurs types de seniors : celui qui reste chez lui, celui qui cherche à bien vivre, celui qui reste actif. Au niveau européen, nous avons fédéré des médecins généralistes, des hospitaliers, des pharmaciens. Nous dénombrons 1 500 associations spécialisées dans ce domaine. Quand nous voulons relayer une information, nous cherchons à toucher tous les seniors : à la pharmacie, chez le médecin, dans les hôpitaux, etc. Si nous apportons le même système, de façon permanente, nous pourrions cibler la quasi-totalité des séniors, mais aussi ceux qui leur prêtent assistance (la femme, le mari, le fils, l'aide-ménagère).

Cette ambition a pour objectif d'apporter une garantie de vivre bien, de vivre mieux, de disposer de l'information nécessaire et d'adopter une meilleure qualité de vie. Le Parlement Européen a voté un document très important, prenant en compte l'âge, mais surtout la qualité de vie et l'alimentation. Cela ne veut pas dire qu'il faille se limiter à la balance, vérifier les grammes, ne pas man-

ger de beurre. On ne peut pas empêcher la personne de se faire plaisir, même dans un cadre pathologique, à condition qu'elle fasse attention à mesurer l'insuline ou le sucre consommé. Autrement dit : l'alimentation ne doit surtout pas devenir une « maladie » qui pourrait nous rendre plus malade qu'on ne l'est déjà. Il faut ainsi contrôler et valoriser le rôle du senior. Dans les faits, toutes les personnes âgées ont des caractéristiques différentes à partir desquelles il faut apprendre à travailler et faire en sorte que la personne soit attentive, qu'elle se soigne bien, qu'elle suive la thérapie. Dans les faits, nous nous sommes aperçus, à travers une étude, que 54% des personnes malades ne suivent pas précisément ce qui a été prescrit. Or, une personne diabétique risque de rencontrer des problèmes de glycémie ou d'insuline, si elle ne suit pas son traitement. Nous savons tous que le diabète non soigné engendre des problèmes aux membres, aux reins, aux yeux, etc. C'est aussi un enjeu économique au niveau de la société : si nous prescrivons des traitements qui ne sont pas consommés.



En tant qu'association, nous faisons de notre mieux pour répondre aux exigences du troisième âge. Nous nous réunissons au moins une fois par mois, puis nous tenons un congrès annuel, réunissant plus de sept mille personnes. Pendant trois jours, des intervenants, des délégués, des médecins, des pharmaciens débattent sur différentes thématiques à travers plusieurs tables rondes. Les résultats sont communiqués en séance plénière. Le cas échéant, les délégués, représentant nos quatre millions d'adhérents, approuvent ces travaux. Que fait-on ? Nous effectuons des recherches au niveau de la santé, de l'économie, du contexte sanitaire avec un centre d'études, appelé « Santé en Chiffres ». C'est un volume de plus de mille pages où sont reportées toutes les données, région par région. En Italie, le système de santé est national, mais le pouvoir s'exerce aussi au niveau régional. Or, on constate des différences énormes de coûts, selon les régions, dans les hôpitaux : le traitement du linge, par exemple, peut coûter trois fois plus cher d'une région à l'autre. Pour éviter le gaspillage, il faut trouver à moyen terme des

solutions aux différents niveaux concernés. Au niveau du patient, il faut connaître la durée des séjours à l'hôpital, le risque de maladies, etc.

Rappelons qu'en Europe, les maladies nosocomiales touchent 40 millions d'européens.

C'est énorme. Souvent, elles sont bénignes. Mais, environ 3 millions de personnes meurent pour des pathologies liées au fait qu'elles ont été hospitalisées. Il peut s'agir, par exemple, d'un patient qui embrasse son petit-fils, mais qui s'infecte à cause d'une blessure ouverte. Le senior est déjà faible, donc il revient à l'hôpital. Et personne ne lui explique qu'il faut éviter de prendre le chat ou le chien, d'être en contact avec une blessure, etc. De cette manière, on pourrait éviter une série d'infections qui causent des problèmes. Nous avons regroupé ces bonnes pratiques dans un livre, afin d'essayer d'améliorer ce dysfonctionnement.

Au sein de nos 3 500 centres, nous menons également des campagnes de sensibilisation au bien-être.

Nous cherchons à ce que les personnes âgées soient actives, dansent, sortent, marchent avec des amis. Nous essayons également de les familiariser avec l'informatique et Internet. C'est très utile car le senior doit être aujourd'hui capable de pouvoir communiquer avec son petit-fils, avec un portable, un ordinateur ou une tablette. La majorité des séniors dispose d'un téléphone et nous encourageons cela. Pourquoi la technologie est-elle aussi importante selon nous ? À partir du moment où nous collectons les données, nous avons le numéro de portable

de la personne. C'est très utile en termes d'information. Autre exemple : la personne âgée peut télécharger une application gratuite qui lui rappelle l'heure à laquelle elle doit prendre ses médicaments ; à la fin du mois, l'application envoie à son médecin traitant le récapitulatif. Le médecin pourra alors lui dire de faire attention, ajuster la prise, etc., en collaboration avec le personnel de santé et la famille. Bien sûr, la personne âgée peut tricher, mais elle n'en a pas vraiment l'intérêt.

↳ Nous avons également saisi la Cour de Justice pour le droit à la santé, afin de parler des établissements, des médecins, des pharmaciens et du volet économique de la prise en charge. On peut faire des réductions intelligentes. C'est d'ailleurs notre rôle : créer des tables rondes avec des délégués et des professionnels de santé ; discuter et prendre des mesures ou des recommandations ; trouver des solutions ou, du moins,

une médiation qui arrange tout le monde et toujours dans l'intérêt du senior. On peut le faire au niveau des différentes régions. Nous avons une collaboration permanente, que nous tâchons de fédérer, impliquant également des grandes universités, des pouvoirs régionaux, des ministères. Cette collaboration a seulement pour objectif de favoriser le bien-être du senior et du citoyen.

En juillet dernier, nous avons ouvert une antenne à Bruxelles. Nous avons présenté la charte de droit à la thérapie contre la douleur. En France, un très bon système sanitaire existe ; mais dans d'autres pays d'Europe, le système sanitaire est effrayant. L'Europe doit donner des lignes directrices importantes pour les pays concernés. Cette charte a donc été présentée devant vingt-neuf parlementaires européens, ce qui fut une satisfaction et une avancée.

Maintenant, nous allons créer un certain nombre d'événements similaires, permettant notamment d'assurer le suivi de la thérapie. Nous allons essayer d'organiser un grand congrès au niveau européen afin d'aborder ces différents thèmes. Nous avons déjà l'adhésion du Parlement Européen et nous essaierons d'avoir la présence du Commissaire concerné, afin de faire remonter ces différents sujets.

Ce matin, nous avons beaucoup parlé de nutrition. Pourquoi ne pas créer une table ronde autour de ce sujet, à porter devant Parlement Européen sous la forme d'une ligne directrice ? Il y aura également des financements pour mettre en place ces programmes.

J'ai également écouté, avec attention, les développements sur le régime méditerranéen. Ce régime n'est pas loin des problématiques liées à la nourriture. La question alors est de savoir ce que l'on peut en faire. On a aussi parlé de la présentation visuelle de l'assiette. La personne âgée, qui reçoit souvent un petit bouillon, ne va pas forcément bien le manger. Peut-être peut-t-on le présenter sous une autre forme, plus agréable, pour le goût et pour le plaisir des yeux. Une assiette mieux présentée peut, en effet, être source de plaisir. Et pour les personnes qui ne peuvent s'alimenter que de manière liquide, que peut-on inventer pour que cela ne soit pas désagréable ? Il faut faire attention à toute une liste de composants qu'on peut prescrire, ainsi qu'aux régimes

alimentaires restrictifs. Il ne faut pas couper les personnes âgées de la nourriture : on peut réduire ou alterner. Sinon, le risque est de toujours manger la même chose, ce qui n'est pas agréable. Soit on ne mange plus rien, soit on mange très peu. Pour remplacer le sel, on peut mettre des épices. On peut aussi conseiller d'éviter les plats préparés, car on habitue les gens à manger de manière non naturelle. Évidemment, au restaurant, les plats préparés paraissent meilleurs qu'à la maison. Il faut également implémenter des modèles d'organisation alternative par rapport à l'hospitalisation. C'est fondamental d'intégrer un lien entre l'hôpital et le territoire, en prenant en compte les besoins sociaux.

Concernant la sensibilisation à l'informatique, nous avons organisé plus de 4 000 cours : 100 000 seniors ont été formés par des jeunes volontaires, des universitaires, des bénévoles.

Nous avons également créé une agence touristique : elle organise de nombreux déplacements, en proposant des packages à prix modérés. On peut ainsi amener les seniors à faire des séjours à la mer, en montagne, ce qui leur permet de sociabiliser et de s'amuser. On propose également des déplacements à l'étranger, en France notamment. Ce faisant, on transforme

les associations en centre de distribution du savoir (amusement, tourisme, voyage, etc.). Une association de solidarité collecte également les fonds pour les familles qui ont des difficultés financières. Nous avons également été reçus par le Pape, qui nous a donné sa bénédiction, ce qui nous a permis d'appuyer notre présence en Italie.

Nous avons aussi développé un village au Kenya, pour des orphelins, toujours financé par nos seniors. Nous sommes actuellement en train de mettre en place un dispensaire.

CONCLUSION

Je vais terminer cette présentation de nos actions avec ce bon dicton : « le jeune va plus vite que le senior, mais le senior connaît le chemin ». Ce sont nos aînés. Ils maintiennent le lien familial, notamment dans les moments de crise. On leur doit le respect, c'est pour cela que nous leur devons la meilleure qualité de vie possible, afin de favoriser le vivre ensemble et le « Bien vieillir ».



QUESTIONS - RÉPONSES



↳ Jean-Charles Pomerol

Merci Monsieur Rossi. C'est un dynamisme tout à fait impressionnant. Comment est financée votre association ? Par les cotisations ?

→ Oreste Rossi

Non, normalement la personne n'adhère pas physiquement. Il n'y a pas de cotisations. Lors d'événements, nous avons des recettes faites par le centre des études, c'est aussi le cas pour des initiatives à l'extérieur également.

↳ Participant

Et avez-vous des informations à nous communiquer sur l'évaluation des coûts ?

→ Oreste Rossi

Une étude a été faite récemment. J'ai communiqué les résultats pour ceux qui ne suivent pas les thérapies : il s'agit d'un budget total supérieur à trente milliards d'euros par an. Les coûts sont liés à la prise en charge médicale, mais aussi à tout l'écosystème des aidants, des structures spécialisées et de tous les acteurs intervenant auprès des personnes âgées. Ces données seront diffusées prochainement.

↳ Dr Monique Ferry

Je voulais d'abord vous remercier pour cette présentation très détaillée. Je suis responsable d'une étude à l'échelle européenne. On s'aperçoit que les personnes âgées sont surtout portées sur la « balance » et la télévision. Quelles possibilités ont-elles pour rencontrer ou contacter un professionnel ?

→ Oreste Rossi

Nous travaillons avec de nombreux médecins, pharmaciens et professionnels variés. Nous venons de réaliser une étude, à travers un questionnaire, diffusé massivement (300 000 personnes), pour comprendre les problématiques et les besoins des personnes âgées, afin de pouvoir les appréhender, puis y répondre. Cela a été fait, en Italie, pour comprendre véritablement le degré de satisfaction des personnes. Nous sommes en attente des résultats, qui seront vraisemblablement importants et riches en enseignements.







1

TABLE RONDE

« BIEN DANS SON ASSIETTE
ALIMENTATION SANTÉ,
ALIMENTATION PLAISIR »

ANIMÉE PAR

Camille Mairesse



MME CAMILLE MAIRESSE

Bonjour à tous. Mon intervention s'intitule « Bien dans son assiette : alimentation santé, alimentation plaisir ». Je vais vous présenter une illustration de tous les propos, particulièrement intéressants, qu'on a entendus ce matin. Ils ont un contenu scientifique et économique évident. Je vais vous présenter une illustration très concrète de ce que le PRIF réalise en Île-de-France. Il s'agit d'un organisme créé en 2011 par les caisses de retraite de la sécurité sociale (la CNAV, la MSA, LE RSI). Aujourd'hui, cet organisme travaille grâce à d'autres organismes de protection sociale. L'objectif majeur consiste à structurer la politique de prévention en Île-de-France. En s'associant, ces trois établissements ont réuni leurs compétences, leurs expériences, pour déployer des programmes de prévention collective à destination des retraités. Ainsi, la mission du PRIF consiste à réfléchir, créer ou co-crée des programmes avec des experts, puis les déployer. Pourquoi ? Pour faciliter d'abord la mise en place de comportements adéquats à une vie en bonne santé. C'est l'enjeu fondamental de la santé publique.

Comment faire ? On a vu que ce n'était pas si simple. Les causes de la malnutrition, de la dénutrition, ou du vieillissement en mauvaise santé, sont extrêmement nombreuses et interdépendantes. Comment faire pour préserver cette vie en bonne santé ? On va le voir avec cet exemple précis d'atelier : « Bien dans son assiette ». Le public du PRIF est composé de retraités. Comme ce sont des programmes de prévention primaires, ils s'adressent aux retraités en bonne santé, autonomes. On travaille avec de nombreux partenaires : institutionnels (collectivités territoriales, ARS), caisses de retraite (primaire ou complémentaire), acteurs de la sécurité sociale, conseils départementaux, notamment dans le cadre de la loi d'adaptation au vieillissement. Nous multiplions également les partenariats locaux et territoriaux, qui nous permettent de mettre en place les programmes de prévention : Mairies, CCAS, foyers logements, centres sociaux-culturels, associations de seniors, services d'aide à la personne. On travaille avec énormément de personnes, représentant plus de 300 partenariats déployés dans l'ensemble de la région.



On démarre toujours d'une expertise. Ce matin, par exemple, nous avons vu des chercheurs et des scientifiques. C'est à partir de ces données et de ces enseignements que les programmes vont être préparés. On travaille avec des experts pour adapter les messages vers le grand public. En effet, si on me parle de glutamate, ça n'évoque pas grand chose ; idem si on me dit qu'il faut tant de microns de vitamine B12 dans mon assiette. On collabore donc avec des personnes qui vont nous aider à formuler ces messages, afin qu'ils soient « entendables » et appropriables par tout le monde. On n'a pas tous fait dix ans d'études de médecine ou de

sciences pour pouvoir comprendre ce jargon. Il faut l'adapter au grand public. Ensuite, on prépare des programmes, plus ou moins longs, au moins cinq semaines jusqu'à trois mois et demi. Cela donne le temps d'intégrer les messages. Ensuite, on va développer ces programmes dans des structures locales de toute la région, avec de nombreuses ramifications, à proximité du public : CCAS, centres sociaux, lieux de logement, etc. L'idée, c'est de mailler le plus possible l'Île-de-France pour déployer ces informations le plus largement. L'ensemble de nos actions est évaluée ; je vous dévoilerai quelques résultats.

On parle toujours de lien social. Tous nos programmes visent justement à le développer. Quelle que soit la thématique, le lien social est essentiel ; pas simplement chez les personnes âgées. Un enfant qui se cache dans un coin de la récréation, ce n'est jamais très bon signe. Un adulte qui s'isole a plus de chance d'aller vers

des comportements suicidaires qu'un autre. De façon générale, l'isolement à n'est pas bon signe, ni l'annonceur d'une vie en bonne santé. A travers ces programmes, on cherche, par tous les moyens, à provoquer et maintenir le lien social de proximité.



▾ Avant de vous présenter l'atelier, en tant que tel, je fais un petit rappel du contexte. Cet atelier fait partie d'un ensemble, intitulé le « parcours prévention ». Toutes les actions déployées par le PRIF ont un rapport avec le bien vieillir. Il pourrait s'adresser à tous les âges. Mais, comme le groupement est financé par les caisses de retraites, on s'adresse à des retraités. Quelles sont ses thématiques ? L'activité physique, l'alimentation, l'aménagement du logement, etc. Il existe également des programmes plus généralistes, qui s'adressent soit aux nouveaux retraités, soit à des retraités plus « éloignés » du stade de la prévention.

L'atelier a été créé en 2014 avec une association présente à l'heure du déjeuner qui, pour certains d'entre vous, a permis de déguster de bons petits chocolats. Cette association est experte en nutrition. Nous avons travaillé avec elle pour créer ce programme, autour d'un objectif majeur : lutter contre la malnutrition et la dénutrition. Comment faire ? On sait que la malnutrition et la dénutrition ont beaucoup de facteurs ; on a même du mal à les hiérarchiser et les extraire, les uns par rapport aux autres, car ils sont très liés. L'idée de ce programme est de lever les freins à une alimentation saine, que ce soit du point de vue du savoir, de la connaissance, de l'environnement, du psychisme ou soit du savoir-faire. Exemple : prenons une personne âgée, victime de trous de mémoire,

qui ne sait plus faire une recette et perd, par conséquent, l'habitude de cuisiner. Comment lever ces freins ? Il faut arriver à « décadencer » certaines fermetures liées à l'envie et au plaisir. Agathe Raynaud-Simon et Monique Ferry disaient justement : quand on avance en âge, on peut perdre progressivement l'appétit ou le sentiment de soif/faim. C'est là-dessus qu'on va chercher à travailler. Comment ? En redonnant tout l'aspect plaisir de l'alimentation. Cet atelier parle assez peu de nutrition, mais plutôt d'alimentation, de bien-manger ou de bien se nourrir. On va essayer d'avoir un discours très naturel et très sain. A travers ces cinq séances, on va essayer de lever progressivement toutes les barrières qui empêchent les personnes de bien s'alimenter. Voici les principaux freins :

LA PERTE DE MÉMOIRE

LE MANQUE DE CONNAISSANCES

Beaucoup de personnes pensent que, si elles ont pris du poids, il faut réduire son alimentation ; encore davantage quand on avance en âge, car on s'agite moins. Ces personnes peuvent nous dire « Je bouge beaucoup moins dans la journée, donc ce n'est pas la peine que je mange autant qu'avant. » D'autres nous disent : « Avec l'âge, ce n'est pas la peine de manger autant de viande. » Toutes ces fausses croyances doivent être contredites. C'est le cas du rapport aux produits laitiers. Beaucoup de personnes pensent actuellement que le lait est mauvais pour leur santé, qu'il détruit la flore intestinale. Vous l'entendez très souvent. L'étude récente sur le sujet, sortie il y a trois semaines, n'ar-

range pas l'affaire : de nombreuses personnes sont persuadées que manger de la viande en quantité est très nocif. Aujourd'hui on parle même de « viande cancérigène » et ça devient très compliqué d'expliquer, comme le disait Monique Ferry, qu'il est essentiel d'avoir un apport protéique important, même en vieillissant. Ces fausses-idées sont décryptées dans ces programmes. On en parle et on explique les choses ; on essaye de les prouver ; puis les personnes échangent dessus. L'atelier regroupe entre 12 à 15 personnes, ce qui est une taille intéressante pour permettre un échange, tout en apportant des conseils personnalisés.

LES DIFFICULTÉS LIÉES À VOTRE ENVIRONNEMENT ET AU MODE DE VIEILLISSANT

Vivre seul et manger seul, tous les jours, n'est pas très appétissant. Lorsqu'on est seul, on ne fait souvent pas l'effort de préparation. Les personnes vont se réchauffer quelque chose, mais elles ne vont pas porter attention à ce qu'elles vont se préparer. De ce fait, elles vont rarement prendre le plaisir et le temps de s'alimenter correctement. Cet atelier revient sur l'importance à la dégustation. Plusieurs personnes, qui sont venues sur le stand, ont dit : « Oh le petit chocolat ! » ; puis elles l'ont avalé et c'était fini... Plus largement, un repas peut être ingéré, sans donner beaucoup de plaisir à le manger. On ne va pas recréer des papilles, de l'odorat, ni des cellules de goût de grande qualité. On en parlait d'ailleurs tout à l'heure : nous recréons, nous-même, les cellules permettant d'avoir un bon odorat ou un goût développé. Or, si on n'en

prend pas soin, on crée des cellules de mauvaise qualité. Si, en revanche, on y fait attention, si on les nourrit correctement, ces cellules vont se recréer et être de bonne qualité. Plus vous les nourrissez bien, plus elles vont être de bonne qualité, plus elles vont avoir envie d'être bien nourries. C'est un cercle vertueux. L'atelier insiste sur cette notion de plaisir, de convivialité, de temps à consacrer à l'alimentation. Vous allez me dire : comment une personne seule peut-elle faire pour ne pas manger seule ? Il existe beaucoup de structures où les personnes peuvent se rencontrer ; dans les villes, beaucoup de mairies organisent des lieux d'échanges, de prise de déjeuner ou de dîner, qui permettent l'échange et la convivialité.





↳ LE SAVOIR-FAIRE

Les personnes peuvent perdre progressivement la notion de cuisiner ou de faire leurs courses. Ici aussi, on peut donner des recettes ou des méthodes pour que ces personnes retrouvent l'envie et la possibilité de faire les courses et de préparer des recettes de qualité. On peut donner des recettes, comme sur le site de Luc Ferry. Avec certaines recommandations, on peut également aider les personnes à reprendre confiance en elles-mêmes et à faire leurs courses.

Voyons, maintenant, comment se déroule l'atelier :

Il démarre par une conférence. On y délivre des informations générales et on donne envie aux personnes d'y participer. Ensuite, l'atelier est organisé avec cinq séances : trois séances sur l'information, suivies d'échanges entre les participants. On a des échanges, par exemple, sur le lien entre santé et l'alimentation, sur les moyens de rester en forme en s'alimentant correctement, sur la manière de faire ses courses et d'aller dans les magasins, même si les personnes ont du mal à lire les étiquettes. Après, on propose deux séances pratiques. La première porte sur la dégustation : on va faire comprendre aux personnes de quelles manières tous leurs sens sont impliqués dans le fait de s'alimenter. C'est très important de revoir tous ces mécanismes, car ce sont les sens qui permettent d'éprouver du plaisir dans ce que vous

faites ; ainsi, en redonnant l'idée que chaque aliment ingéré peut fournir du plaisir, on avance dans l'idée d'une bonne alimentation. Pour la dernière séance, c'est la préparation d'un repas, conçu au cours de l'atelier. A chaque séance, les personnes vont donner des idées sur les recettes qu'elles souhaitent faire ensemble ; elles vont alors concevoir ce repas et le déguster tous ensemble. Cette dernière séance est en général très émouvante parce que, très souvent, les personnes sont très heureuses de s'apercevoir qu'elles sont capables de réaliser des recettes complexes, de bien les présenter, de partager ce repas. Ça leur donne très souvent des idées, à l'issue de l'atelier, pour continuer dans les villes, les foyers logements ou les autres structures dans lesquelles elles sont présentes.

↳ QUELQUES RÉSULTATS SUR CET ATELIER :

En 2014, 362 ateliers ont été déployés, dont 15 ateliers « Bien dans son assiette ». C'était la première année de déploiement de l'atelier. Il y en a eu dans tous les départements franciliens.

QUEL EST LE PROFIL DES PARTICIPANTS ?



Très majoritairement ce sont des femmes, davantage que pour les autres ateliers. Un des ateliers est composé à 88% de femmes. Ce n'est pas très étonnant. On le rappelait ce matin : les hommes de cette génération-là n'ont pas été habitués ni à faire les courses ni la cuisine. Les premières intéressées sont donc les femmes (au-delà du fait qu'il y a statistiquement plus de femmes âgées). Il y a aussi le fait que les femmes sont plus enclines à participer à des réunions collectives. D'autant plus si ça concerne des sujets comme l'alimentation et la santé.



L'âge est de 73 ans en moyenne, même si l'amplitude de l'âge des participants est importante (de 58 à 95 ans). La personne, âgée de 95 ans, était encore en forme. Il n'y a pas d'âge pour se faire du bien.



Quasiment trois quart des participants vivent seuls. Soit c'est lié à l'âge, soit au fait que ce sont des associations collectives qui peuvent attirer des personnes seules. 20 % sont divorcés et 15% de célibataires.



Au niveau des Professions et catégories socio-professionnelles (PCS) : on retrouve quelque chose d'assez transversal au niveau de la structure francilienne. Dans cet atelier, 89% des personnes font encore leurs courses. On est en face de retraités autonomes. On est vraiment dans des programmes de prévention primaire et c'était important pour nous de se rendre compte qu'on touchait la bonne cible. Quand on propose ces ateliers, on les propose à l'ensemble de la population du territoire et on n'est pas assuré de s'adresser forcément aux bonnes personnes. Ce chiffre montre donc que ce sont les personnes ciblées qui vont venir.



On leur a ensuite demandé : êtes-vous à l'aise pour faire la cuisine ? Globalement, les personnes sont encore assez à l'aise pour faire la cuisine, mais presque un tiers disent ne pas être à l'aise.



On leur a également demandé si elles avaient eu un poids stable, si elles avaient gagné ou perdu en poids pendant les derniers mois : 15% ont perdu du poids et 40% en ont gagné.

QUELLES SONT LES ATTENTES DES PARTICIPANTS ?



Faire le point sur leurs connaissances en termes d'alimentation équilibrée

Changer leurs habitudes alimentaires

Reprendre confiance en soi (11% de personnes le déclarent)

Rencontrer de nouvelles personnes (notion de lien social)

Sortir davantage à l'extérieur

Ces deux derniers arguments nous montrent qu'effectivement, certaines personnes ne se sont pas forcément inscrites pour la thématique (même si elles ne doivent pas s'en désintéresser), mais pour participer à une action collective et rencontrer des personnes.

A la fin de l'atelier, on demande s'il a répondu à leurs attentes. Et les résultats sont positifs. Ce qu'ils ont le plus apprécié, ce sont les conseils et les informations délivrées, mais aussi la convivialité (65% des réponses). Cette convivialité dans les groupes est essentielle. Les personnes

ont d'abord envie de revenir ; mais plus largement, le fait de se sentir bien va permettre de mieux recevoir les informations. En reprenant confiance, les personnes vont mieux accepter les recommandations et mieux s'approprier les informations.

Si on regarde les principaux bénéfices de l'atelier, la plupart des objectifs sont jugés positivement :



les personnes sont satisfaites des informations concernant l'équilibre alimentaire.



les ateliers sont aussi jugés utiles sur les changements des habitudes alimentaires : les personnes sont un peu plus attentives à ce qu'elles mangent ; elles portent plus d'attention à chaque aliment donc, en définitive, davantage de plaisir à manger. 34% disent en effet : « Je prends plus de plaisir à manger qu'au début de l'atelier. » Et 80% déclarent : « Je prends plutôt plus de plaisir à manger qu'au début de l'atelier. » Ces taux sont très importants par rapport à l'enjeu d'être plus à l'aise pour cuisiner. On démarrait avec des gens qui cuisinaient déjà ; après l'ateliers, ils sont plus de 60% à déclarer : « Je suis plus à l'aise qu'au début de l'atelier pour cuisiner. » C'est la même chose concernant les courses.

L'impact se ressent généralement à court terme, puisqu'on se situe juste après l'atelier. Le nombre de repas quotidien ne va pas bouger énormément, ce qui s'explique, comme le rappelait Philippe, par le fait qu'il s'agisse d'une génération déjà habituée à prendre trois repas par jour. Cela évolue un peu à la fin de l'atelier. En revanche, on observe des évolutions plus significatives sur le nombre de produits laitiers quotidiens et sur le temps consacré aux repas. On sait qu'il est important que le repas dure plus de vingt minutes. Des personnes, au début de l'atelier, disaient

« Moi, en dix minutes, c'est plié, je prends mon petit bout de pain, ma soupe ; et au bout de dix minutes c'est bon, j'ai fini mon repas. »

Pendant l'atelier, on leur dit de porter de l'importance à ce qu'ils mangent et d'éprouver du plaisir : on s'aperçoit que ces messages portent!



À la fin de l'atelier, il leur est proposé de participer à d'autres animations collectives, sur le territoire (CLIC, CCAS, mairies, foyers logement) ou à travers d'autres programmes du PRIF sur d'autres thématiques. Toutes les thématiques de prévention sont interdépendantes : avoir

une bonne mémoire, c'est s'alimenter correctement ; avoir une bonne activité physique permet d'avoir une bonne alimentation et d'entretenir sa mémoire. On leur propose donc de poursuivre ces actions de prévention sur les autres sujets.



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ Jean-Charles Pomerol

Merci beaucoup. J'ai une première question : comment les gens sont-ils invités ou regroupés dans les ateliers ; et dans quel lieu géographique ?

→ Camille Mairesse

On met en place des ateliers en collaboration avec des mairies, des CCAS, des foyers logement ; ça se passe donc dans les salles d'une mairie ou du CLIC, qui va proposer l'action aux habitants de la ville.

↳ Christian Guerin

Je suis un représentant des usagers à l'hôpital Broca. Quand je suis revenu de la Salpêtrière, je me suis dit qu'il faudrait donner des conseils pour bien manger à l'hôpital : en effet, on y mange très mal. Je vous donne un exemple concret : à Broca, en gériatrie longue durée, il y a une réussite, c'est le bien manger. L'hôpital constitue des nouveaux menus toutes les six semaines, avec des repas toujours différents. Il y a aussi des repas de fête pour le 14 Juillet, Noël, etc. C'est très important, notamment pour les plus âgés : pour de nombreuses personnes, le dernier soin conscient est celui de manger.

→ Camille Mairesse

Les prochains intervenants vont pouvoir vous répondre, je pense. Le message majeur, qui se retrouve dans tous les ateliers de prévention, est de varier les plaisirs, en termes d'alimentation. C'est pareil pour l'activité physique, pour la mémoire, pour tous les domaines de la vie : plus vous variez, plus vous restez actifs, plus vous restez en forme.

↳ Jean-Charles Pomerol

Qui adresse les invitations ? C'est la mairie ?

→ Camille Mairesse

Dans 90% des cas, on le fait avec un partenaire ; dans 10% des cas, le PRIF va s'adresser à un public plus fragilisé et plus éloigné des messages de prévention. Les études ont montré qu'il y avait des inégalités sociales, territoriales et sanitaires : on adresse donc des courriers d'invitation à des populations relevant des minimums sociaux ou dans des lieux où la prévention manque.

↳ Participant

Je voudrais simplement dire une chose : il faut aider les gens qui sont seuls à préparer la table à manger. Si on prépare la table, c'est qu'on a quelque chose à y mettre dessus. Pour moi, qui suis originaire du sud-ouest, la table est primordiale ; manger sur un coin de cuisine, c'est pas mon truc. Même quand je suis seul, je mets les couverts comme il faut (j'ai fait de la restauration, couteau à droite, fourchette à gauche) ; je n'oublie pas la bouteille de vin, la bouteille d'eau, ma serviette avec rondelle. C'est un moment important de la journée de passer à table.

→ Camille Mairesse

Le technicien, qui était là tout à l'heure et intervient régulièrement dans les ateliers, recommande souvent de mettre un petit bouquet de fleurs sur sa table. Avec l'idée de faire les choses correctement pour se respecter soi-même et, si on n'est pas seul, respecter l'autre.

↳ **Anthony Mezière**

J'ai une question, car je n'ai pas compris la remarque, tout à l'heure, sur le roulement de six semaines. Ça me paraît plus que correct et j'avais l'impression que vous le reprochiez. Parce que chez soi, on a tendance à faire la même chose.

→ **Christian Guerin**

Non, c'est tout à fait le contraire. Je félicite Broca, avec un autre établissement de personnes âgées à Paris, pour avoir inventé ce système.

↳ **Participant**

Je vais me faire le porte parole des végétariens car, depuis ce matin, on en prend un peu plein la tête. Je travaille en CLIC, dans le Val-de-Marne. Énormément de personnes âgées ne veulent plus, ou moins, de viande ; mais les professionnels n'ont pas forcément les bonnes réponses à leur apporter, mis à part « Mangez des œufs, ça va compenser. » Il n'y a pas que les œufs : on oublie les légumineuses qui sont pourtant très riches en protéines. On peut faire plein de choses avec.

→ **Camille Mairesse**

On connaît bien ce sujet. C'est pour cela que tous les ateliers sont animés par des professionnels et des nutritionnistes. L'idée est de ne pas apporter une réponse formatée. Quand vous avez douze ou quinze personnes dans un atelier, il faut pouvoir correspondre à chacun. Si vous dites à une personne, qui ne mange jamais de légumes verts, qu'il faut absolument manger des légumes verts, car sinon elle va être en fauteuil roulant dans trois ans : c'est ridicule, ça ne marchera pas ! Au contraire, si on part de son alimentation habituelle et si on lui dit : « Regardez, si on faisait tel menu ou telle recette, ça pourrait vous aller », vous avez gagné pour avancer. On ne peut pas poser des choses formatées, ça n'existe pas. Ce sont les diététiciens qui sont les plus aptes à répondre.

↳ **Anthony Mezière**

C'est identique à Charles Foix : c'est un roulement de système.

→ **Christian Guerin**

Tant mieux. C'est une très bonne idée. Félicitations.

↳ **Participant**

Pouvez-vous nous dire quelque chose sur les courriers ciblés en fonction des catégories, notamment liées aux revenus sociaux. Comment modifiez-vous votre intervention selon le public ? Quelle est votre expérience dans le domaine ?

→ **Camille Mairesse**

Les interventions sont modifiées avec chaque groupe. Vous n'avez pas d'intervention complètement formatée. Tout dépend du groupe dans lequel vous allez vous trouver. Certaines personnes sont très peu informées sur l'alimentation saine à la première séance ; en revanche, d'autres ont lu quinze bouquins, elles savent tout. Forcément, le discours n'est pas le même ; on doit s'adapter à la fois à chaque participant et au groupe tout entier. L'intervenant est à même de s'adapter à des groupes spécifiques car il est expert dans son domaine. Quand vous êtes nutritionniste ou diététicien, vous savez vous adapter à chaque cas particulier.

↳ **Jean-Charles Pomerol**

On va arrêter pour respecter notre horaire. Merci Mme Mairesse, c'était vraiment intéressant. Je vais passer la parole à Christian Fournier qui va nous présider la table ronde maintenant : Christian Fournier ancien Vice-Président du Conseil Général du Val de Marne.







2

TABLE RONDE

« PASSEZ DÉJEUNER À LA MAISON »

ANIMÉE PAR

Christian Fournier

*ancien Vice-Président du Conseil Général
de Val de Marne*



CHRISTIAN FOURNIER

Je vous remercie de votre accueil. La table ronde concerne ce qu'on appelait (et qu'on appelle toujours) le portage de repas à domicile. Je précise « qu'on appelait », parce que le service ne consiste pas seulement à porter un repas à domicile, mais à préparer les repas et aider les personnes à manger chez eux. La grande majorité des personnes âgées, y compris celles qui sont dépendantes, vivent et souhaitent rester à domicile. Aujourd'hui, nous souhaitons faire le point sur l'évolution de ce service à travers trois expériences différentes :

L'expérience classique du portage, liée au CCAS de municipalité ; nous allons voir qu'au-delà du service, il existe toute une réflexion autour de la personne. Une deuxième expérience à travers une nouvelle société, « Appétits et Associés », qui intervient dans le nord-est du Val de Marne, avec une façon différente de travailler. Il ne s'agit pas simplement d'une société commerciale proposant un service de portage, car elle intervient au sein des CLIC et travaille beaucoup avec les personnes âgées. Enfin, nous présenterons une association de maintien à domicile, basée dans l'ouest du département : il s'agit d'« Âges et Vie », qui développe également un service autour du repas.

A l'issue de ces présentations, nous essayerons d'échanger sur ces différentes expériences.



MARTINE LAGSIR (VILLE D'IVRY-SUR-SEINE)

Bonjour à tous. On a vu, ce matin, l'importance de la nutrition et de l'hydratation chez les personnes âgées. Je vais vous décrire comment le service retraités de la ville d'Ivry s'empare de ces enjeux et tente de répondre aux différents besoins.

Le service retraités de la ville d'Ivry a plusieurs objectifs : le maintien à domicile ; la lutte contre l'isolement ; la préservation d'une bonne hygiène alimentaire, sans oublier le service de la table et la convivialité des repas. Il comprend quatre secteurs :

→ le secteur foyer des loisirs, concernant le plaisir de la table et les loisirs autour de la table.

→ le service d'aide à domicile, dans lequel les auxiliaires de vie ont une place importante.

→ le secteur de lutte contre l'isolement, avec trois pôles d'intervention : le portage repas ; le suivi des personnes vulnérables ; l'aide à l'immobilité. Ces différents pôles interviennent directement dans l'alimentation.

→ le service de soins infirmiers, complété par une équipe de surveillance sur l'état de santé et la nutrition des personnes prises en charge.

À Ivry-sur-Seine, le service de portage représente quatre-vingt repas par jour, effectué en véhicule frigorifique par deux agents ; d'autres agents assurent la gestion administrative du service. La prestation du portage de repas est réservée aux personnes en perte d'autonomie. La grande majorité sont bénéficiaires de l'APA, qui participe financièrement au service. On peut également prendre en charge des personnes en grande difficulté, par exemple à la sortie d'une hospitalisation. Le portage de repas est quotidien, du lundi au vendredi ; le repas du samedi

est donné le vendredi. On ne donne pas le repas du dimanche, ce qui permet aux personnes de choisir leur repas et d'avoir une alimentation éventuellement différente. Le repas du midi est constitué d'un entrée, d'un plat, d'un fromage et d'un dessert ; pour le soir, un potage, un plat léger et un dessert. Les repas sont confectionnés par le SYREC (Syndicat pour la Restauration Collective) ; ils sont préparés, à Ivry, à la fois pour les enfants et les personnes âgées.

Les menus sont étudiés en commission technique à l'aide d'une diététicienne. Ils prennent en compte les contraintes de la liaison froide ; ils respectent aussi les recommandations du plan national du conseil nutrition et du groupe d'étude des marchés de restaurations collectives (un guide pratique sur la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration collective sociale). Les définitions d'objectifs sont les composantes des menus : la diversité des repas, le grammage, la qualité des produits.

La prestation a aussi un caractère social. Le prix du repas est calculé selon le quotient familial ; le prix minimum, pour les personnes ayant peu de ressources, c'est 1,20 euros par jour ; le prix maximum, c'est 4,20 euros. Le coût du portage représente la moitié du prix du repas. En revanche, nous n'assurons pas les régimes. Si la personne souhaite avoir un régime particulier, ou si le secteur n'a pas de disponibilités, nous les dirigeons vers les autres structures de portage.



Les apports nutritionnels sont, bien entendu, importants. Mais nous prenons aussi en compte les plaisirs de la table ou la découverte de nouvelles saveurs. Le SYREC propose régulièrement des repas à thème. C'est le cas, par exemple, pour la semaine du goût, par exemple : cette année, il a ainsi proposé un « voyage culinaire à travers le temps ». C'est l'occasion pour les personnes retraitées de découvrir de nouvelles saveurs ou des associations d'aliments auxquels elles ne sont pas habituées. De plus, chaque mois, les bénéficiaires du portage de repas, quelles que soient leurs ressources, reçoivent, en alternance, des aliments de pre-

mière nécessité (une plaque de beurre, un kilo de sucre, du café, etc.) et de quoi se faire plaisir : des petites confitures, des gâteaux, des pâtes à tartiner, etc. Il y a trois ans, les personnes recevaient un pain de mie par semaine. Ce n'était pas satisfaisant, ni pour eux ni pour nous. On a donc travaillé en collaboration avec le service qui sert d'interface entre les services de la mairie et le SYREC pour trouver une solution et leur proposer autre chose : depuis, deux fois par semaine, ils ont le choix entre un pain de mie et un pain de campagne. Ils apprécient déjà le fait d'avoir le choix et ils peuvent l'adapter à leur convenance.



Outre la qualité et la diversité des menus proposés, le portage de repas à une autre dimension primordiale : il s'agit du lien social, de l'écoute, de la relation que les agents peuvent mettre en place avec les bénéficiaires. Chaque jour, en effet, ils sont attendus avec impatience par les personnes retraitées. Ils apportent un regard quotidien, une vigilance et une écoute. Ils ont aussi des missions précises, consistant, par exemple, à vérifier les dates de péremption, jeter les aliments périmés, ce qui n'est pas toujours simple car les personnes âgées n'aiment pas jeter la nourriture. Cette relation leur permet d'apporter un regard quotidien et de rendre des petits services supplémentaires (par exemple, chercher le courrier ou une baguette supplémentaire). Dans bien des cas, ce sont les seules personnes qui viennent au domicile et elles apportent un peu de vie extérieure. Souvent, les agents ouvrent les volets, mettent un peu de vie quand ils arrivent à la maison, etc. Les agents du secteur sont réunis régulièrement au SYREC pour faire remonter les informations et les avis des personnes retraitées.

Les mêmes repas peuvent être portés dans les foyers, dans lesquels les personnes âgées peuvent venir manger et rencontrer les résidents. Tout cela crée des liens, entre les personnes âgées et avec les agents. Dans les foyers, on organise aussi régulièrement des repas exceptionnels, confectionnés par le SYREC, avec des animations musicales par exemple : dans ces cas, ce qui prime, c'est la convivialité et le partage ; c'est la satisfaction de se retrouver autour d'un moment festif, de maintenir du lien, de partager du plaisir autour de la table. Cela favorise une ouverture des foyers dans les deux sens. Les fêtes de fin d'année constituent également un moment important pour les personnes retraitées de la ville ; elles peuvent participer ; par exemple, à des repas dansants ; pour celles qui ne peuvent pas se déplacer, un colis est apporté au domicile par une personne qui s'occupe d'eux au quotidien : cela recouvre à la fois la tradition du cadeau et le plaisir de la table, permettant de se faire plaisir avec des bonnes choses.

Concernant le secteur d'aide à domicile, les auxiliaires de vie ont une place importante dans la nutrition et l'alimentation de leurs bénéficiaires. Les auxiliaires de vie ont une formation, même si c'est parfois technique. À la Ville, quand les auxiliaires de vie préparent le DEAVS (Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale), elles disposent d'une formation sur le thème de la nutrition. On échange des conseils et des recommandations pratiques : par exemple, relever le goût (avec les épices) ou proposer une

belle présentation des assiettes. Toutes les auxiliaires de vie ne sont pas très impliquées, mais elles ont bien souvent conscience que leur relation avec les personnes aboutit à des échanges sur les recettes, « des petits trucs de grand-mère ». Elles savent aussi qu'il est important de faire participer la personne tant qu'elle le peut : si la personne âgée peut encore éplucher les légumes, faire une soupe, continuer à faire des choses qu'elle ne peut pas faire seule, le fait d'aider permet justement de continuer à cuisiner.



Les aides à domicile font aussi les courses, ce qui permet de rappeler aux personnes âgées les aliments importants, de tenir compte des goûts de chacun, d'échanger autour des choix de menus. Par exemple, on sait qu'il faut manger des fruits mais, avec les problèmes de dentition, ce n'est pas toujours évident, donc on va préparer une salade de fruits avec des fruits découpés fins pour que ce soit plus facile à manger ; même chose avec les légumes, avec des purées. Les auxiliaires de vie sont sensibilisées à l'importance de pouvoir continuer à s'alimenter et, plus généralement, à l'importance de leurs prestations auprès des personnes retraitées.

Enfin, la présence de l'aide à domicile, au moment du repas, permet de rappeler que c'est l'heure de manger, ou de ne pas manger seul. Ainsi, la mairie d'Ivry prend en compte toute l'importance de l'alimentation à travers la prestation des aides à domicile, les repas et la convivialité. Le volet nutritionnel est pris en compte à tous les niveaux.

↳ **Christian Fournier**

Je vous remercie. Vous avez beaucoup parlé de plaisir, de relation, de convivialité. Vous avez également montré la complexité de cette prise en charge des personnes. C'est une transition tout faite avec Monsieur Saglier, dont la société intègre également ces objectifs liés au plaisir de manger.

● ●
JÉRÔME SAGLIER



Bonjour et merci. J'ai créé une société de portage de repas à domicile en 2007. J'ai été confronté à la dépendance depuis plus de dix ans, ce qui m'a permis de lier actuellement les deux choses.

Nous avons fait le constat suivant : pour rester à domicile, il faut bien manger. L'alimentation est un point clef, du point de vue psychologique et physiologique. Il y a deux dimensions à prendre en compte :

Une dimension objective : on va parler d'équilibre alimentaire, de manière objective. Ce sont les recommandations actuelles de l'État (cinq fruits et légumes, pas d'excès de sucre ou de sel). Cela concerne également les régimes particuliers, car on en a besoin dans un certain nombre de cas, même s'ils ne paraissent pas toujours justifiés. Mais c'est un autre débat...

Une dimension subjective, toute aussi forte, faite de l'histoire personnelle ou de la relation à l'alimentation (souvent compliquée). C'est l'étude familiale, prodigieuse de sa typologie de cuisine, qu'il faut ici prendre en compte.

Le portage est l'une des solutions, car il y en a beaucoup d'autres. Pour choisir, un certain nombre de critères doivent être pris en compte :

- Le degré d'autonomie, physique ou psychologique. Suis-je en capacité de faire mes courses ? Est-ce que j'aime cuisiner ? Est-ce que je sais faire ? Ai-je envie de cuisiner ? Suis-je capable de porter mon pack d'eau ?
- Les contraintes financières, objectives et subjectives. Objectivement, quelle est la part de mon budget consacrée à l'alimentation, ce qui va déterminer bien souvent ce que je vais pouvoir manger. De façon subjective, cela pose la question du budget que je suis prêt à y consacrer. Pour certains c'est trop cher, pour d'autres ça n'est pas un problème ; certains sont capables de se nourrir d'une tranche de jambon et de purée tous les jours, sans que cela ne leur pose de problème.
- Les attentes spécifiques du bénéficiaire.
- Les contraintes médicales. Cela recouvre à la fois des problèmes de régimes, mais aussi des enjeux de texture : par exemple, si j'ai des problèmes de déglutition, j'ai besoin de mixer ; si j'ai des problèmes de mastication, j'ai besoin d'un régime haché...
- Le territoire. Comme nous l'avons vu, il n'est pas réparti de la même façon et l'offre locale n'est pas toujours la même en fonction des territoires.

Quelles sont les solutions ?

- La première, la meilleure, est d'aller faire ses courses et de préparer ses repas ; cela permet une activité physique, une activité cérébrale et du lien social. C'est la situation idéale. Malheureusement, avec la dépendance, cela n'est pas toujours possible.
- Ensuite, il y a le cas des aidants familiaux. C'est une bonne solution, mais sont-ils en capacité et en ont-ils envie ? Ont-ils le temps ? Peuvent-ils faire à manger ?
- Concernant les aidants professionnels, il faut trouver quelqu'un capable de faire à manger quotidiennement. Faire un repas différent tous les jours, c'est parfois compliqué et souvent onéreux. Parfois, on fait une ratatouille, une soupe, mais on en mange quatre fois par semaine ... Cela dépend de la personne qu'on va trouver, si elle sait et aime cuisiner. Le principal avantage d'un aidant, qu'il soit familial ou professionnel, c'est le vrai lien social qu'il incarne, à condition d'être présent pour manger avec la personne.
- Le portage de repas : je vais vous en parler.
- La restauration hors domicile. Un certain nombre de clients, tout en bénéficiant de notre service, fréquente également le restaurant local. Le lieu permet de maintenir le lien social, de se retrouver, de prendre l'initiative « d'aller manger » et se retrouver avec d'autres personnes.

Articuler les solutions entre elles est souvent une très bonne solution. Concrètement, cela peut consister à utiliser le portage de repas à domicile trois fois par semaine, avoir une ménagère qui vient faire un repas les autres jours (deux fois par semaine) ; et le week-end, les enfants viennent préparer à manger, ce qui permet d'avoir des variétés, du plaisir, du vrai lien social.

L'image qu'on a généralement du portage de repas, c'est que ce n'est pas cher, mais pas très bon (« Vous n'aimez pas le hachis Parmentier, dommage, il n'y a que ça. ») Mais on peut envisager les choses d'une autre façon :

- Les menus sont équilibrés.
- On connaît le prix du repas, donc on maîtrise son budget. Il suffit simplement de multiplier le prix par le nombre de repas.
- Les personnes ont le choix, puisqu'il y a de plus en plus de prestataires.

- Au-delà du service, à proprement parler, le portage offre une veille sociale et sanitaire. Concrètement, en passant tous les jours ou tous les deux jours, le prestataire va pouvoir repérer les signaux d'alerte. C'est ce qui va faire la différence entre la livraison de repas et le portage de repas : on se fait livrer une pizza ou des sushis, mais cela s'arrête là ; dans le portage, il y a un auxiliaire qui est formé, capable de repérer les signaux d'alerte et d'alerter s'il y a un problème.

Avec Appétits et Associés, nous tâchons de nous définir comme un service de confort et de plaisir. Et j'insiste sur cette notion. On va également tenter de se positionner comme un véritable interlocuteur et un vrai partenaire d'action au niveau social. Nous sommes présents dans les différents CLIC présents sur le territoire. On s'implique avec la conscience que le

portage de repas est une solution à un moment d'état de dépendance ; mais ce n'est pas la seule solution. Notre premier métier n'est pas de livrer des repas mais de contribuer à faire du maintien à domicile en offrant du plaisir. Notre offre se constitue autour de trois notions : l'autonomie, le lien intergénérationnel et la complémentarité.

↳ L'AUTONOMIE

L'autonomie : quand vous êtes à domicile, le choix est généralement assez limité. Ce n'est pas le cas des actifs : quand on a envie de manger, on peut décider de manger ici, ou au bureau, ou dans une pizzeria ; on fait ce qu'on veut, car on est autonome. Cela change quand on est âgé ; souvent, on a la contrainte de rester à domicile. C'est un état de fait, mais nous essayons justement de ré-offrir du choix : par exemple, chaque jour, nous offrons aujourd'hui

dix entrées différentes, dix plats, dix garnitures, du fromage, etc. On a toutes les déclinaisons possibles du régime. Il n'y a pas de quantité minimum : on peut prendre sept repas par jour, du lundi au dimanche, mais la semaine suivante, n'en prendre que deux. Une personne peut également arrêter pendant l'été, car elle peut faire ses courses, puis refaire appel à nous, la saison suivante. On essaye vraiment d'offrir du confort, de la souplesse et du choix.

↳ LES LIENS INTERGÉNÉRATIONNELS

Les liens intergénérationnels : notre personnel est formé à écouter, à faire du lien, à être en contact avec les aidants familiaux ou professionnels (aides à domicile, infirmiers, médecins,

CLIC, etc.). On a développé un service, encore marginal, qui s'appelle « moments gastronomiques », avec lequel on propose une carte gastronomique, de type traiteur (foie gras, saumon

fumé, etc). L'objectif est de permettre aux personnes âgées de recevoir à domicile enfants et petits-enfants, ou de se faire un vrai repas. C'est un « moment gastronomique », qui ne concerne pas le quotidien ; mais c'est un repas de plaisir et je crois que nous sommes les seuls aujourd'hui à le proposer.

LA COMPLÉMENTARITÉ

La complémentarité, à travers les différentes solutions existantes pour bien manger à domicile.



Appétits et Associés, c'est quoi ? De façon schématique, c'est un service proposant, chaque jour, à tous, un déjeuner et un dîner, constitué d'une entrée (froide ou chaude), d'un plat, d'une garniture, d'un fromage et d'un dessert. Pour le soir, c'est la même chose, accompagnée d'un petit pain (issu d'un boulanger local) ou une bouteille d'eau. On propose aussi une carte de garniture de remplacement et une carte de salade composée, qui change régulièrement. Cette offre permet ainsi aux bénéficiaires de composer leur repas : ils peuvent choisir l'entrée du déjeuner, le plat du dîner, la garniture de la carte de remplacement, etc. Ils ont aussi un choix de plats végétariens. On propose également une déclinaison des menus. Le menu « mixé » (j'en parle entre guillemets, car le nom peut être stigmatisant) est déclinaison du menu classique. Par exemple, si vous avez un veau aux olives avec des brocolis, ce menu proposera du veau mixé et de la purée de brocolis. On a aussi un menu

« facile à manger » : c'est du haché. On va garder tous les aliments à structure molle et mettre du hachis pour la viande ou tout aliment pouvant entraîner des problèmes de mastication.

Comme les autres acteurs, nous sommes entièrement conventionnés auprès de la CNAV ; on rentre dans l'APA et on bénéficie de réductions fiscales dans le cadre des services à la personne. Soit dit en passant, la société a été récompensée dans le cadre du dispositif Qualité de Label (Charte Qualité des Métiers de l'Artisanats dans le 94). Notre personnel est formé à l'écoute, aux signaux d'alerte, à la chaîne du froid ; nous sommes accompagnés par un cabinet vétérinaire. Le service a des créneaux de livraison précis qui sont respectés. Au-delà de la livraison, les intervenants ont un ensemble de missions, effectuées au quotidien : ils mettent les aliments dans le réfrigérateur, vérifient et jettent les aliments périmés ; alertent dès qu'il y a le moindre signe...

CONCLUSION

En conclusion, quelle que soit la solution choisie, il faut définir ses besoins et ses attentes lorsqu'on envisage une solution de portage. Concrètement, il faut comparer les offres des différentes structures, il faut tester (on a le droit de se tromper et de changer), se renseigner auprès des professionnels : CLIC, médecins, CCAS, as-

sistantes sociales, infirmières à domicile, etc. C'est important de garder à l'idée que les choses et les solutions peuvent évoluer car les situations changent en fonction de l'âge. Lorsque nous devenons âgés, il faut conserver ses « droits », dans la mesure du possible : c'est-à-dire le droit de composer son repas, de choisir où le prendre et avec qui.

Christian Fournier

Merci. Nous allons maintenant découvrir une expérience un peu différente, celle de l'association Âge et Vie. Elle est partie du maintien à domicile pour développer une thématique autour du repas et de la préparation.

● ● ANNE BÉNARD

Je suis coordinatrice d'aide à domicile pour Âges et Vie. Nos aides interviennent à domicile pour permettre aux personnes âgées de rester dans leur logement le plus longtemps possible, dans les meilleures conditions. Nous intervenons sur plusieurs leviers, notamment sur le volet des repas.

Comment est mise en place une aide à domicile ?

À la base, il y a une demande : elle peut venir d'un prestataire, du bénéficiaire lui-même ou de son entourage. Ensuite, on prend contact avec la personne et on fait une visite au domicile. On discute de la demande et on voit alors comment y répondre. Les personnes ont généralement des aides financières ; pour 80% de nos bénéficiaires c'est l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie). Mais elle a des limites et des freins par rapport à son plan d'aide. Depuis plusieurs années, par exemple, le volume d'heures des APA a baissé. Concrètement, nous avons moins de temps pour préparer le repas et être dans l'échange. Nous avons dû nous adapter par rapport à cette problématique. Aujourd'hui, ces aides à domicile doivent savoir s'adapter entre les besoins et les attentes des bénéficiaires, mais aussi entre la réalité et le volume d'heures qui nous est at-

tribué par le Conseil départemental. Il n'est pas toujours en adéquation avec les besoins et les attentes. C'est le cas, par exemple, pour la préparation et la présence au moment du repas. La famille du bénéficiaire va voir qu'on ne peut pas intervenir plus d'une heure par jour. Or, dans cette heure, on va devoir faire la préparation de repas et le ménage. On sait que la présence, au moment du repas, est très importante. Mais souvent, la famille va demander à l'aide à domicile de préparer le repas, puis d'aller faire autre chose (par exemple, du ménage) pendant que la personne mange. Ce n'est pas forcément possible, selon les cas, de permettre cet échange convivial autour du repas. Le temps est imparti et cela pose une problématique entre le besoin, la demande et la réalité.



Nous intervenons sur Vitry, Choisy, Thiers, Ivry, Villejuif, Kremlin-Bicêtre. Une partie importante du public est confrontée à l'isolement social. Il n'a pas, ou peu, d'entourage. On rencontre également des situations de difficultés financières. Les personnes ne peuvent pas toujours assumer les heures d'APA qui conformément au volume, leur ont été attribuées. Elles participent au financement et on entend parfois dire : « J'ai vingt heures mais, financièrement, je ne vais pas pouvoir mettre ces vingt heures. » Il y a aussi la

problématique du logement et le manque de matériel, dans certains cas, pour préparer les repas. Les personnes n'ont pas forcément de plaques à induction, qui coûtent cher ; elles utilisent des gazinières, mais on ne va pas leur demander d'allumer le feu, car cela peut être assez dangereux. Elles manquent également, parfois, de casseroles. Nous devons donc nous adapter par rapport au logement, afin de préparer le repas dans les meilleures conditions.

*Voici les points essentiels, que nous relevons,
pour bien apprécier le repas :*

↳ LA DIVERSITÉ DES MENUS,
PERMETTANT D'ÉVITER
LA MONOTONIE ALIMENTAIRE

Concrètement, on va éviter de faire du poulet à une personne toute la semaine, à moins qu'elle ait une passion pour le poulet... On va également proposer des quantités suffisantes, pas trop importantes non plus. Et on va adapter la vaisselle au repas et à la motricité de la personne âgée (par exemple, avec des cuillères ergonomiques). Dans la mesure du possible, on va essayer d'avoir des aliments de qualité. L'aide a aussi une mission plus globale, consistant par exemple à rappeler à la personne qu'elle doit s'hydrater, même si elle n'a pas la sensation de soif.

↳ L'ANTICIPATION À LA
PRÉPARATION DU REPAS

Si la personne âgée n'a pas la capacité physique de se déplacer, l'aide à domicile va faire la liste de courses avec elle. En effet, ce n'est pas parce que la personne ne peut plus sortir à l'extérieur qu'on doit la mettre à part de ce qui se passe à l'extérieur. L'aide à domicile va faire la liste avec elle ; elles vont réfléchir, ensemble, à ce qu'elles peuvent préparer à manger pour les jours à venir. Si la personne peut sortir, on va l'accompagner au marché et au supermarché pour qu'elle soit impliquée dans les repas à venir. Concernant les menus, l'aide à domicile peut avoir des idées, mais elles doivent être en adéquation avec le goût des bénéficiaires. Les menus vont être confectionnés selon les goûts et souhaits des personnes.

*Nous proposons deux solutions
pour les repas à domicile :*

↳ LE PORTAGE DU REPAS

Âge et Vie n'est pas un organisme de portage et le service est effectué par des prestataires extérieurs. Une fois par jour, les repas sont donnés au domicile. C'est parfois une fois par semaine, mais ce cas est beaucoup plus rare. La quantité est généralement suffisante pour faire à la fois le repas du midi et le repas du soir. Le portage de repas peut être une bonne solution pour les personnes qui n'ont plus le goût de cuisiner, ou qui ne sont plus en capacité de le faire. Mais notre objectif n'est pas de dire : « On va arrêter le portage et on va mettre une aide à domicile parce que ça va nous faire plus d'heures. » Au contraire, on va essayer de voir comment le portage de repas peut devenir plus attrayant.

↳ LES REPAS FAITS PAR LES AIDES
À DOMICILE

C'est la deuxième solution de repas à domicile. L'enjeu est le suivant : comment apporter une valeur ajoutée au repas en y associant la personne âgée ? Le portage de repas, cela consiste à mettre en valeur le repas préparé à l'avance, en l'enlevant des barquettes, en assaisonnant les aliments, en mettant la table (avec une jolie nappe, des couverts, des assiettes, etc.)

Quand on prépare le repas, on intègre, encore davantage, la personne âgée. On va lui demander d'éplucher une pomme de terre ou une carotte. Ça peut sembler bête, mais la personne âgée va faire fonctionner ses doigts, réfléchir ; et tout cela se fait généralement autour d'un échange. Au final, la personne âgée est contente d'éplucher son légume, même si elle va prendre cinq ou dix minutes pour le faire : elle aura aidé, à sa manière. C'est très important qu'elle puisse aider comme elle peut. L'objectif n'est pas de faire à sa place pour gagner du temps. Nos aides à domicile enchaînent les repas, une heure après l'autre. L'objectif est d'intégrer la personne jusqu'au bout du repas. Il s'agit aussi de respecter la culture et les habitudes alimentaires des personnes : préparer à manger selon son goût et son régime (par exemple, en préparant un repas sans sel). On va préparer du poulet chez une personne, mais on ne le préparera pas, de la même manière, chez la suivante, car les régimes et les modes de vie sont

différents. L'enjeu est de vraiment s'adapter à chaque personne et à chaque domicile, d'où l'importance de respecter les goûts de chacun. Il faut aussi trouver de nouvelles recettes pour éviter la monotonie des repas. Dans la plupart de cas, les aides à domicile mettent beaucoup de bonnes intentions : elles viennent au bureau, demandent si l'on connaît des recettes autour de telle viande, ou de tel légume. Je trouve qu'elles font de leur mieux par rapport à toutes ces réalités. Et si le temps de la mission le permet, l'objectif est aussi de proposer un échange, ce qui donne souvent encore plus envie de manger à la personne âgée. En effet, si l'aide à domicile passe l'aspirateur, pendant que la personne est à table, le repas devient moins attrayant à manger, tout simplement. On autorise d'ailleurs l'aide à domicile à manger avec la personne âgée. C'est un moment convivial : elles échangent autour du repas et, généralement, cela se traduit par une meilleure alimentation.



MICHÈLE MVONDO

Nous faisons partie de l'équipe spécialisée Alzheimer, au sein de l'association Âges et Vie. Nous intervenons aujourd'hui pour parler du repas, mais aussi pour évoquer notre travail de coordination avec les différents service d'aide.

Les personnes rencontrées peuvent avoir des difficultés autour des repas, quelles qu'elles soient : problèmes de praxie liés au vieillissement ; perte d'appétit liée à une dépression ou une apathie, etc. Ces difficultés se traduisent généralement par une baisse de l'investissement pour les repas. Nous pouvons intervenir, dans le cadre de l'équipe spécialisée Alzheimer, pour évaluer l'origine de ces problèmes et mettre en place des solutions concrètes. Lorsque les étapes

du repas sont troublées, on va travailler, à travers les recettes, sur les ressorts de l'envie, du partage à table, des activités (par exemple, avec des images d'aliments), qui vont permettre de redonner envie à la personne de manger ou, du moins, de s'intéresser au moment du repas. L'intérêt de ce travail, c'est d'avoir ensuite des auxiliaires de vie qui vont pouvoir reprendre ce type d'activités ; cela consiste, par exemple, à proposer un temps avant le repas pour regarder

ce qu'il y a dans le frigo, ce qui leur fait envie ; le cas échéant, le repas sera confectionné : la personne âgée participe à la préparation, épluche des légumes ou remue simplement la casserole. Cela la rend « acteur », tout en participant au maintien des praxies. Je le sais car je suis psychomotricienne. Cet investissement

collégial favorise également le plaisir et va jouer sur l'humeur de la personne. Les bonnes odeurs, par exemple, sont un curseur de bonne humeur, en rappelant notamment « les repas de Maman ». Ces moments de partage et de souvenirs vont permettre de stimuler de nombreuses facultés.



FATIHA TOUATI



Avant d'être auxiliaire de vie, j'étais aide-ménagère, puis aide-soignante et assistante de soins en gérontologie pour des personnes atteintes d'alzheimer. Je connais assez le terrain et les attentes des personnes âgées. Elles ont évolué avec le temps et, nous aussi, nous nous sommes adaptés. J'accompagne désormais des auxiliaires de vie sur les repas.

Quand on arrive pour un portage de repas, on nous dit souvent : « Je n'ai pas le temps, il n'y a que la barquette. » Je peux vous assurer que ce n'est pas que cela : la barquette, c'est toute une histoire ! Comment la personne âgée la perçoit ? Est-ce que ça lui parle ? Comment veut-elle la préparer et la manger ? Par exemple, j'ai rencontré une personne qui avait du persil dans son jardin, mais elle n'y touchait pas. On lui a fait découper : d'un coup, elle était actrice, pas seulement là pour être servie. Il faut faire participer, rendre la cuisine accessible et tout faire pour qu'une personne ait l'envie de manger. Petit à petit, de façon plus générale, on construit une relation avec les personnes bénéficiaires.

On peut faire évoluer la barquette. Je fais du terrain, à domicile, depuis dix-sept ans. Je sais que les personnes veulent de la soupe tous les soirs ; on peut répondre favorablement à cette demande, mais on peut faire évoluer la recette. Par exemple, on peut ajouter du bacon, un peu de fromage râpé, un œuf dur, etc. C'est toujours de la soupe, mais elle change tous les jours de goût. Il faut travailler sur ces bases, car elles donnent envie de manger et de partager. Tout cela s'effectue à travers un échange : on apprend autant des personnes, qui partagent avec nous des recettes ou des histoires.

↳ Christian Fournier

Merci, ce témoignage est très intéressant. On a compris que le repas était important pour la nourriture, mais aussi essentiel pour tout ce qu'il véhicule : la relation, le partage, le plaisir des personnes âgées.



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ Participant

J'ai une question concernant les prestataires de portage des repas à domicile. On les déclenche régulièrement sur le temps hospitalier : le service se met en place quelques jours après leur sortie et les bénéficiaires reçoivent ainsi une livraison à domicile dans les meilleurs délais. En revanche, au-delà du déclenchement du service, on a peu de retours sur le suivi et la consommation. Peut-on savoir ce qui est consommé? Existe-t-il des équipes dédiées pour ces situations? Tout à l'heure, vous parliez d'une diététicienne qui participait à l'élaboration des repas : existe-t-il un suivi entre le public et le privé ? Est-ce une prestation que vous faites payer ?

→ Jérôme Saglier

Nous n'avons pas de diététicienne en tant que tel ; c'est peut-être le cas chez nos confrères. Nous avons effectivement une diététicienne dédiée à la confection des repas. Le cas échéant, nos équipes sont formées à mettre la nourriture dans les frigos et à vérifier ce qu'il reste. Cela nous permet de suivre un certain nombre de paramètres et de situations. Si on s'aperçoit que des repas sont jetés, ou des aliments non consommés, on en parle et on alerte, car il y a des risques de dénutrition : la famille, le médecin, l'hôpital, l'assistante sociale, l'entourage, etc.

Ceci dit, la prise en charge diététique est très compliquée. Je pense qu'il faut un diététicien à un moment, mais c'est un accompagnement sur la durée, pas un one shot. Il est bien évident qu'on agit, dès qu'un signe d'alerte apparaît.

J'ai coutume de dire à mes clients : « La barquette, ce n'est pas bon. » Il ne faut surtout pas manger dans une barquette. Il y a un rituel pour faire un repas, même dans le cadre d'un portage de repas à domicile. Et on est capable de répondre à ces enjeux, quasiment en temps réel, après une période d'hospitalisation.

→ Martine Lagsir

Tout à l'heure, j'ai parlé d'une diététicienne qui intervient sur la conception des menus, à travers le choix des composants et des aliments. Pour le suivi, ce sont les agents qui apportent les repas qui vérifient ce qui a été mangé ou non ; autrement dit, ce sont eux, l'aide à domicile ou le service de soins infirmiers, qui va se rendre compte que la personne ne mange pas bien. En collaboration avec différents services impliqués (portage de repas, aide à domicile, soins infirmiers), on va élaborer les meilleures stratégies à mettre en œuvre pour que la personne puisse s'alimenter correctement. Chacun, dans sa partie, contribue à mettre en place cette stratégie, dans l'intérêt de la personne âgée.



↳ Participant

Je ne suis pas certain qu'il y ait un lien très fort entre les différents partenaires. On peut l'imaginer, à vous entendre, mais en observant certaines personnes hospitalisées, on peut aussi penser que la coordination fait défaut.

→ Jérôme Saglier

Quand quelqu'un ne mange pas, ou peu, on va essayer de recomposer ses menus avec lui. On va ainsi se positionner sur le ressort du plaisir. Si on fait appelle à une diététicienne, cela nécessite un bilan complet, permettant de comprendre le contexte ou les raisons pour lesquelles la personne ne mange pas. Beaucoup de choses rentrent en compte. Il ne s'agit pas simplement d'arriver et de dire qu'il faut manger des légumes parce qu'elle n'en mange pas assez....

↳ Participant

La prestation actuelle ne répond donc pas à cette demande ?

→ Jérôme Saglier

Non. On leur conseille un diététicien extérieur en leur disant qu'ils ont besoin d'un conseil diététique, et qu'ils doivent se tourner vers un professionnel de santé.

↳ Participant

J'ai une question dans la même lignée. Si vous ne disposez pas d'un livret de suivi, on peut bien conseiller à la personne de se retourner vers son médecin traitant, mais elle ne sera peut être pas conciliante au traitement. Ainsi, de votre côté, avez-vous la garantie que les recommandations, en termes d'alimentation, seront suivies ? Nous parlions, tout à l'heure, des repas adaptés : au lieu de mixer les repas, ne faudrait-il pas plutôt accompagner les personnes âgées à régler leurs problèmes de dentition ?

→ Jérôme Saglier

On essaye de rester à notre place. Je ne suis ni médecin, ni dentiste ; je conçois et apporte des repas. Les problèmes de dentition relèvent de professionnels de santé. Notre service n'a pas vocation à assurer la coordination complète de la personne. En revanche, nous avons souvent des cahiers de liaison, qui forment un très bel outil. Ils permettent en effet de se tenir en lien avec tous les partenaires intervenant à domicile. En ce qui nous concerne, nous suivons chaque bénéficiaire de manière très régulière. D'ailleurs, en général, quand on me demande un repas mixé, un dentiste est déjà passé par là...

→ Christian Fournier

Vous posez une question complexe : la coordination des services auprès de la personne. Elle n'est pas simple à résoudre, car il y a des problèmes de temps. Un médecin libéral, par exemple, n'a pas toujours la possibilité d'assister aux formations qui doivent se faire autour de la personne. Cela dépend aussi de la volonté de la personne : même si elle a plus de 80 ans et commence à avoir des problèmes liés au vieillissement, elle reste autonome et maîtresse de ses choix. Il faut donc que les services soient capables de s'adapter aux désirs de la personne et éventuellement travailler avec elle pour arriver à optimiser leur action. Le contrôle des repas n'est pas toujours facile, je vais vous donner un exemple personnel : ma mère cache les repas parce qu'elle ne supporte pas qu'on les jette ; mais comme est atteinte d'Alzheimer, on les retrouve quand ils commencent à moisir...

↳ Participant

On parle de nourriture, mais il n'a pas été question du bio. On a fait une récente réunion avec l'ARS qui s'y intéresse. Vos études prennent-elles en compte le bio et dans quelle mesure.

→ Martine Lagsir

Le SYREC commence à utiliser quelques produits bio.

→ Jérôme Saglier

Aujourd'hui, les produits bio restent chers, ce qui repose la question de savoir quel prix les gens sont-ils prêts à mettre dans leur repas ? Avec du bio, on augmentera les prix de 1,50 à 2 euros, parce que les produits coûtent 40 à 50% plus cher que l'alimentation normale. Ceci dit, on utilise déjà certains produits bio (pomme, carotte, etc.). On essaye aussi de privilégier les produits de saison. Et puis le bio peut aussi repose la question du goût. Une pomme bio, c'est bien, mais elle peut être un peu piquée car elle n'a pas été protégée. Quand on l'apporte aux personnes âgées, on a déjà entendu : « Elle n'est pas belle votre pomme. » C'est très compliqué à gérer. On aimerait bien en intégrer davantage, mais les circuits d'approvisionnement sont compliqués. Et puis la dimension économique reste très importante. Les gens veulent du bio, mais ils ne sont pas forcément prêts à le payer.

↳ Participant

Vous avez, tous les trois, présenté votre offre. J'ai une question au-delà de vos prestations respectives. Monsieur Saglier a parlé de veille sociale. Comment cela se passe-t-il quand vous allez chez une personne qui ne répond pas ? Avez-vous accès aux coordonnées d'urgence d'une personne de confiance ou du voisinage ?

→ Jérôme Saglier

Quand on commence une prestation avec un nouveau client, on ne se contente pas de faire signer un contrat : on y passe du temps, entre une demi-heure jusqu'à une heure et demie, pour présenter notre service, dans son intégralité, mais aussi pour prendre les contacts utiles. Dans 84% des cas, on les a. Un faible pourcentage de personnes ne veut pas nous les communiquer. Après, il arrive que nos livreurs arrivent un vendredi à 17h30, que personne ne répond, sachant qu'il n'y a plus personne dans les CCAS et que la situation ne relève pas forcément d'une pathologie d'urgence. Ce sont des grands moments de solitude... Mais on a toujours un contact et, dans le pire des cas, on appelle les pompiers. Ce n'est jamais agréable. L'an dernier, en décembre, on a fait évacuer six personnes par les pompiers, même si cette situation reste assez exceptionnelle.

→ Martine Lagsir

À la Mairie d'Ivry, en ce qui nous concerne, beaucoup de personnes nous donnent les clefs. Quand on a un doute et que la personne ne répond pas, il y a aussi les voisins ou les gardiens avec lesquels on entretient aussi des liens.

→ Anne Bénard

C'est à peu près pareil chez nous. Nous avons des bénéficiaires dont on a les clefs dès le début. En revanche, on ne demande pas les clefs à tous les bénéficiaires. Quand on a les clés, cela peut simplifier les choses : on frappe, on rentre et on vérifie si la personne est en bonne santé. Quand on n'a pas les clefs et que la personne n'ouvre pas, nous avons toujours un numéro de téléphone de l'entourage (enfants ou voisins), demandé lors de l'inscription. On appelle ce numéro et on voit si la personne peut se déplacer. Dans tous les cas, l'aide à domicile reste sur place jusqu'à ce que nous trouvions une solution. Si on doit appeler les pompiers, l'aide à domicile reste jusqu'à ce qu'ils arrivent. Si la personne ne va pas bien, les pompiers l'évacuent, nous appelons l'entourage et l'aide à domicile peut repartir, mais seulement quand la situation est « sécurisée ».







3

TABLE RONDE

« MANGEZ TOUS ENSEMBLE »

ANIMÉE PAR

Brigitte Jeanvoine

*Vice-présidente du Conseil Départemental
en charge des personnes âgées
et des personnes handicapées*

↳ **Brigitte Jeanvoine**

Je ne vous propose pas de manger avec moi et je pense que vous êtes rassasiés... en revanche, quand le domicile n'est plus accessible, il faut penser à manger ensemble dans un établissement, afin de préserver la convivialité,

et continuer à assurer le plaisir de manger collectivement. Le Dr Mézière va commencer cette table ronde. Nous écouterons ensuite Geert Roggeman et David Giffard.

DR ANTHONY MÉZIÈRE

Bonjour à tous. Je suis gériatre et je vais parler de l'alimentation à l'hôpital Charles Foix. Jusqu'à maintenant, on a surtout parlé du domicile. Un petit mot sur l'hôpital Charles Foix : c'est un établissement totalement dédié à la gériatrie, situé à Ivry-sur-Seine. Il compte environ 450 lits et est rattaché à l'APHP. Nous proposons plusieurs types de soins et de disciplines : gériatrie, cardio-gériatrie, neuro-gériatrie, psycho-gériatrie, onco-gériatrie.

Nous faisons partie de la filière ortho-gériatrique, qui accueillent des patients récemment fracturés : ils sont initialement pris en charge par la Pitié Salpêtrière et viennent en rééducation dans notre service. Une partie de l'équipe est aujourd'hui présente. Elle travaille au quotidien auprès des personnes âgées, notamment sous la forme de petites scénettes : « À quoi correspond l'alimentation à l'hôpital ? pourquoi on s'y intéresse ? »

La dénutrition chez les sujets âgés est très élevée : elle concerne la moitié de nos patients hospitalisés. C'est très grave, car la dénutrition peut générer des complications infectieuses, des escarres, des récupérations plus difficiles. Elle impacte l'autonomie. Or, quand on a une nutrition en prévalence élevée, on doit s'intéresser à l'alimentation. Ensuite, on a beaucoup de réclamations sur l'alimentation à l'hôpital. Effectivement, ce n'est pas encore « top », même s'il y a eu de gros progrès.



Pourquoi l'alimentation est-elle importante en milieu hospitalier ?

C'est un soin hospitalier, au même titre que la prescription d'un médicament ou la prise de tension. Comme il s'agit d'un soin, cela implique de la rigueur et une démarche, que l'on peut résumer à travers deux étapes :

- 1 Détecter les signaux d'alerte : cela consiste à identifier les facteurs favorisant le « mal manger » ou le fait d'avoir une alimentation inadaptée. Des professionnels sont là pour ça.
- 2 Déclencher, le cas échéant, une prise en charge. Elle est forcément pluridisciplinaire. Nous avons la chance d'avoir différents corps de métiers, qui vont travailler ensemble pour améliorer l'alimentation.



DR HÉLÈNE BELLAN

Je suis cadre dans ce service, qui regroupe des aides-soignants et des infirmières au plus près du patient. Elles vont pouvoir remarquer certaines choses et alerter si nécessaire. Un certain nombre d'éléments vont être observés :

- le toussotement lors de l'ingestion : en mangeant, le patient se met à toussoter ou à tousser franchement ;
- les « fausses routes » : ça ne passe pas par le bon trou, le toussotement en fait partie ; cela se voit généralement tout de suite ;
- une déglutition difficile : le patient va exprimer des difficultés à ingérer ;
- une mauvaise façon de se tenir à table : posture, la position sur la chaise, assise ;
- l'incapacité physique sur le plan de la motricité, du positionnement des bras, des jambes et du dos ; dans certains cas, il y a des immobilisations physiques du bras contre le corps...
- la perte d'appétit, liée à un certain nombre de facteurs (refus de s'alimenter, aversion pour certains aliments, allergies alimentaires). Il est important de respecter les aversions : si vous n'aimez pas le chocolat, inutile de vous forcer à en manger !
- les problèmes de mastication. On a évoqué les soucis dentaires. Plus vous êtes âgés, plus vos appareils dentaires sont présents, soit de façon partielle, soit de façon permanente. Dans le cas d'une perte de poids, on perd aussi du poids au niveau de la bouche, si bien que l'appareil dentaire peut ne plus être adapté. De façon plus générale, le fait de prendre moins soin de soi peut altérer l'état bucco-dentaire et provoquer des difficultés à manger ; mâcher peut faire mal.

D'autres éléments vont également les alerter, au niveau du dossier médical et infirmier :

- Certains médicaments sont anorexigènes et provoquent ainsi des pertes d'appétit. De même, quand on a trop de médicaments, on a moins envie de manger après les avoir tous pris.
- Les troubles digestifs : si vous avez des nausées ou des vomissements, liés justement au traitement d'une pathologie digestive, la perception de l'aliment et l'envie de manger peuvent être altérées.
- les troubles du transit : après les fêtes, quand on a le ventre ballonné, on a moins envie de manger ; c'est la même chose pour les personnes âgées, sauf que cet état peut être ressenti de façon permanente.
- les troubles neurologiques, dus à un AVC, une fracture, un Parkinson, etc. Ils génèrent des mouvements brusques ou des tremblements, qui complexifient évidemment le rapport à l'alimentation.



les troubles neurocognitifs : cela concerne notamment les troubles de l'attention. Par exemple, dans le cas d'une personne âgée qui oublie qu'elle est en train de manger, car elle regarde la télévision ou discute avec la voisine.



les troubles neurosensoriels : quand on ne voit plus où se trouve son assiette, cela influe sur l'envie de manger ce qu'il y a dedans.



les troubles psychologiques : l'anorexie ne touche pas seulement les jeunes femmes, mais aussi les personnes âgées.



les troubles psychiatriques, dont le refus de s'alimenter peut être une conséquence.

Il y a donc une multiplicité des signaux d'alerte ; les soignants sont là pour les observer et les transmettre. Mais cela révèle également la complexité de la prise en charge.



Dr Anthony Mézière

C'était la première étape : détecter les signaux d'alerte d'une mauvaise alimentation ou d'une alimentation inadaptée. À partir de cela, il faut agir. L'hôpital a la chance d'avoir une équipe pluridisciplinaire et différents corps de métiers, afin d'intervenir sur différents leviers. Nous allons vous en présenter trois cibles : l'ergothérapie (Mme Carat) ; l'orthophonie (Mme Martineau) ; la diététique et la nutrition (M. Szczepanek).



ISABELLE CARAT

Bonjour et merci à tous. En tant qu'ergothérapeute, j'interviens au niveau du positionnement, généralement suite à une prescription médicale. Ce n'est pas juste pour manger. Quand les soignants rencontrent des difficultés, ils me demandent aussi d'intervenir. Mon rôle consiste à vérifier que les soignants ont le matériel nécessaire à leur disposition pour que la personne soit bien positionnée. Ils ont l'habitude de faire manger les patients tous les jours, de les aider à bien s'installer. Ils font appel à moi quand ils ont besoin d'une aide technique spécifique.

Voici un fauteuil roulant un peu particulier, car il s'adapte. La première position, c'est le dossier droit ; on installe la personne avec un dos droit. Ensuite, il faut vérifier que la personne a bien les pieds posés sur les cale-pieds et la tête légèrement fléchie en avant (notre orthophoniste vous expliquera pourquoi). C'est le même principe dans un lit : la position doit être assise, dans la mesure du possible, et on redescend la tête. En général, dans le service, les lits sont adaptés. On peut donc redresser la tête de lit. Pour le repas, on rajoute souvent un oreiller derrière le dos et un autre derrière la tête, afin d'avoir une position un peu en avant. Mais on oublie souvent d'utiliser le système de plicature au niveau des genoux, pour les empêcher de glisser. Dans tous les cas, il faut évidemment une table bien adaptée.

Quelles sont les conséquences d'une mauvaise position ?

On ne peut pas attraper ses couverts. On peut avoir du mal à les porter à la bouche. On risque aussi de faire des fausses routes si la personne est trop penchée en arrière.

L'inconfort provoque des pertes d'appétit. Si vous êtes en boule au fond d'un fauteuil ou d'un lit, vous n'avez pas faim ; quand vous êtes avachi à table, les autres ont un regard sur vous, potentiellement déstabilisant. L'inconfort peut donc engendrer une mauvaise relation avec l'entourage et donc, en définitive, avec l'alimentation.

Quand on est mal installé, cela peut produire un sentiment de dégradation.



La deuxième possibilité pour agir repose sur l'aide technique. On a parlé, ce matin, du plaisir de manger. Or, chez nous, peu de patients sont autonomes. S'ils ont un bras dans le plâtre, ils n'arriveront pas à couper leur viande. Notre travail consiste donc à favoriser leur autonomie. Pour cela, plusieurs aides techniques sont possibles.



Favoriser l'autonomie. Ce qui nous tient à cœur, c'est de faire en sorte que nos patients aient envie de manger seuls. Ils sont souvent très assistés au cours de leur journée ; quand ils peuvent manger seuls, c'est un plaisir supplémentaire. On les aide donc à manger seuls, même s'il ne s'agit que d'une partie du repas. Ils peuvent commencer seuls, puis l'aide-soignant intervient à la fin. Manger seul, cela signifie également manger à son rythme, avec ses goûts, prendre le temps...



S'adapter aux différentes pathologies. Par exemple, on utilise énormément les antidérapants. Certains patients ont des difficultés de préhension : ils n'utilisent qu'une seule main et leur assiette à tendance à partir. Pour ces personnes, on se sert du rebord de l'assiette ; avec sa montée, elle permet de bloquer les aliments sur la fourchette. Les couverts à gros manche permettent également d'avoir des préhensions plus simples pour des personnes rencontrant des problèmes articulaires. Le panel de solutions est donc important (c'est le cas des couverts, plus ou moins gros, adaptables, voire attachables directement dans la main) : l'objectif est que la personne soit le plus autonome possible, si elle le désire (ce qui n'est pas toujours le cas). Il existe également un verre à encoches. Beaucoup ne savent pas s'en servir, mais son principal intérêt est de pouvoir boire sans pencher la tête en arrière. Pour les personnes atteintes de difficultés cognitives, ça n'est pas toujours bien adapté, parce qu'elles ne savent pas où mettre la bouche. Mais pour d'autres, ça peut être un outil.

MME CYNDI MARTINEAU

L'orthophoniste intervient, sur prescription médicale, pour réaliser le bilan de la déglutition. Il se déroule sur plusieurs étapes.

→ En premier lieu, on recueille la plainte du patient ; cela consiste à savoir s'il a des fausses routes, une gêne pour avaler, des douleurs à la déglutition, des pertes d'appétit, etc. On lui pose des questions précises pour connaître son ressenti.

→ Ensuite, on procède à l'examen bucco-dentaire : on regarde la bouche, la qualité buccale, l'aspect de la langue, les dents, les prothèses dentaires, etc.

→ On fait aussi un examen de la motricité bucco-faciale.

→ Enfin, on établit les mécanismes de la déglutition. On va faire le test avec un verre d'eau : pendant que le patient boit, on regarde s'il a une difficulté ou une fausse route. Même chose pendant le repas : on va rester auprès de lui, tout le long du repas, pour observer les difficultés potentielles. C'est important de rester durant tout le repas, car on va avoir des textures différentes.

→ On pose alors le diagnostic orthophonique. Il est transmis au médecin, avant de proposer des solutions. En matière de déglutition, en gériatrie, on est plus dans des mécanismes de réadaptation que de rééducation. Concrètement, notre rôle consiste à proposer des remèdes au niveau des textures, des liquides ou du positionnement.

Je vais faire un point sur les mécanismes de la déglutition : c'est l'acte de faire passer tout ce qu'on avale (alimentaire, liquides, salive) de la bouche jusqu'à l'estomac, tout en assurant la protection des voies aériennes. La déglutition est répétée près de mille fois par jour, même de façon inconsciente. Au niveau de l'anatomie : la langue, le pharynx, l'épiglotte (qui a un rôle important dans la protection des voies aériennes), la trachée et l'œsophage.

La déglutition se décompose en 3 phases :

Une phase orale : les aliments introduits dans la bouche sont mâchés grâce à l'action des dents ; ils sont ensuite collectés sur le dos de la langue et propulsés vers l'arrière, en direction du pharynx ;

La phase pharyngée, durant laquelle un certain nombre de choses va se produire : les voies respiratoires se ferment ; les cordes vocales s'accrochent (quand on avale, on est en apnée) ; l'épiglotte bascule, ce qui va protéger la trachée ; les aliments vont alors être propulsés de l'arrière vers l'avant ; ensuite, les muscles du pharynx entrent en action (le presbytisme pharyngé) et vont entraîner les aliments jusqu'au sphincter supérieur de l'œsophage.

La phase œsophagienne, durant laquelle l'œsophage s'ouvre pour laisser passer les aliments. Les muscles de l'œsophage vont ensuite favoriser la descente des aliments jusqu'à l'estomac.

J'en profite aussi pour faire un point sur la terminologie, car on observe souvent des confusions.

↳ LA DYSPHAGIE

C'est une anomalie du passage des aliments jusqu'à l'estomac (sensation douloureuse, gêne, blocage, fausse route).

↳ LA FAUSSE ROUTE

C'est un accident dû à la pénétration de liquide ou de solide dans les voies aériennes, ou dans la trachée. Une toux va alors se déclencher pour expulser ce qui n'aurait pas dû y pénétrer.

↳ LA PRESBYPHAGIE

Ce terme définit le vieillissement au niveau de la déglutition. Avec l'âge, l'ensemble des structures bucco-dentaires, laryngée et pharyngée, se modifie et entraîne des modifications fonctionnelles de la déglutition. Les personnes âgées sont ainsi plus exposées aux fausses routes. Cette presbyphagie va être aggravée par certaines pathologies, comme la maladie de Parkinson, un AVC ou certaines démences.



Que faire pour prévenir les troubles de la déglutition? On peut proposer un certain nombre de préconisations.

- Vérifier que le patient est suffisamment vigilant quand on va lui donner à manger.
- Vérifier que la bouche est bien propre et hydratée ; parfois, la bouche est sèche dans la cavité buccale ; la langue est « collée », ce qui l'empêche de bouger correctement.
- Vérifier que les prothèses dentaires sont en place ou adaptées. On peut les coller si elles bougent dans la bouche.

→ Eviter les distractions. Le patient doit manger dans un environnement calme. On évite, par exemple, la télévision, afin qu'il puisse se concentrer sur son repas. En plus, souvent, les postes sont en hauteur, ce qui oblige de patient à relever la tête. Or, ce n'est pas du tout une bonne position pour avaler. Pourquoi insiste-t-on sur cette bonne position de la tête ? Faîtes, avec moi, ce petit exercice : avalez votre salive en mettant la tête en arrière ; c'est compliqué, ou ça tire dans la gorge. C'est la même chose pour un patient en fauteuil roulant. C'est la position du pigeon qu'il ne faut pas avoir. Au niveau anatomique, quand on a la tête en expansion, l'épiglotte est relevée et ne va pas bien protéger la trachée ; l'œsophage est donc restreint. A l'inverse, quand on a la tête est légèrement fléchie vers l'avant, l'épiglotte ferme bien la trachée et l'œsophage est bien ouvert pour laisser passer les aliments.

On va maintenant vous montrer comment alimenter correctement un patient. Regardez ma collègue : elle est en position assise, à la même hauteur que la patiente. Si on arrive vers le haut, on oblige le patient à lever la tête. Donc il faut présenter la cuillère par le bas. Il faut aussi laisser du temps entre chaque cuillerée, car la personne âgée a parfois besoin de faire plusieurs déglutitions pour une même cuillerée. Après le repas, on vérifie qu'il n'y a plus de résidus dans la bouche. Le patient doit rester assis environ vingt minutes.

Que peut-on proposer, concrètement, au patient ? On privilégie les liquides bien froids et pétillants, ce qui va stimuler les récepteurs tactiles et aider le déclenchement de la déglutition. À l'hôpital, des petites bouteilles d'eau pétillante sont proposées aux patients. On peut également fournir des boissons épaissies : nectar d'abricot, banane, smoothies, yaourts à boire, etc. Ils sont épais, ce qui ralentit la déglutition. Si on constate des troubles de déglutition majeure (concernant les liquides), on propose de l'eau gélifiée. On utilise un verre avec une nasale ou un verre classique bien rempli, mais surtout pas de verre à bec, qui oblige à lever la tête. On ne fait boire le patient que lorsqu'il n'y a plus de résidus dans la bouche. Il faut également éviter les pailles.

L'hôpital propose

six textures au patient :

- Normale : aucun aliment n'est interdit ;
- Hachée : les aliments trop durs sont retirés ; c'est le cas de certains fruits, comme la pomme, ou de certaines viandes ;
- Hachée aversion fausse-route : on a retiré tous les aliments à risque augmenté (granuleux, secs - couscous, riz blanc - filandreux, comme le poireau), ainsi que les aliments à double consistance (par exemple, la pastèque).
- Moulinée : tous les aliments sont mous et faciles à mâcher ;
- Moulinée fin : tous les aliments sont lisses, sauf la protéine qui est moulinée finement
- Mixée : tout est lisse.



DAMIEN SCZEPANEK

La dénutrition est multifactorielle. Dès le premier rendez-vous avec une personne âgée, le rôle majeur du diététicien est de poser un diagnostic ; autrement dit : identifier les causes et l'origine du problème.

Mon intervention a pour ambition de montrer qu'on peut maintenir le plaisir de manger tout en maintenant un certain statut nutritionnel.

Il convient d'abord de définir les « compléments nutritionnels oraux ». Ce sont tous les produits enrichis qu'on trouve en pharmacie (petites bouteilles, crèmes, boissons fruitées, etc.), utilisés pour lutter contre la dénutrition. On peut les utiliser en supplémentation (à la place de), en complémentation (en plus de), ou en enrichissement. Depuis dix ans, les laboratoires ont fait beaucoup d'efforts sur cette complémentation orale. Les produits sont beaucoup plus goûteux, la protéine est moins marquée et ils sont mieux consommés.



La première limite, la plus difficile à comprendre, c'est quand la complémentation orale se transforme en supplémentation. Cela s'explique généralement par des problèmes de services et d'organisation à l'hôpital. On met ce produit en complémentation sur les repas, ce qui a un effet pervers : malgré l'éducation, le patient va préférer consommer ce complément froid au détriment d'un autre composant du repas. En définitive, ce n'est donc plus de la complémentation, mais de la supplémentation.



La deuxième limite est la lassitude, liée à la répétition quotidienne d'un aliment à chaque repas. Cela va demander un temps diététique nécessaire pour faire évoluer ces compléments, mais à l'hôpital, ce n'est pas toujours très évident.



La troisième limite repose sur le fait de consommer plusieurs compléments dans la journée. La complémentation orale va permettre de combler une petite dette énergétique, à hauteur de 500 calories ou 30 grammes de protéines. Consommer deux compléments par jour est très difficile.



Au mois de mai dernier, nous nous sommes donc réunis lors de formations internes et nous sommes revenus sur les principes de la diététique. J'ai proposé aux soignants volontaires de se réunir pour travailler sur des recettes enrichies. Huit d'entre eux se sont portés volontaires. À l'aide d'un complément nutritionnel lacté neutre (sans goût), on a monté quatre recettes, relativement simples :

On observe, néanmoins, certaines limites :



La quatrième limite concerne la catégorie des gammes. Malgré les efforts des laboratoires, la gamme sucrée reste plus importante que l'offre salée. C'est bien pour les patients qui apprécient davantage le sucre en vieillissant ; il n'en demeure pas moins que le manque d'offre, pour le salé, peut poser des problèmes pour compléter ou supplémer la personne âgée.



La dernière limite est la texture. La majorité des compléments nutritionnels est liquide. Pour les troubles de fausses routes, c'est problématique. Or, les épaississements de ce type de compléments requiert du temps pour les aides-soignants, ce qui n'est pas évident à mettre en place.

On peut aussi utiliser ces compléments en enrichissement. À l'hôpital Charles Foix, la cuisine centrale offre deux recettes enrichies : le fromage blanc enrichi et la purée. Cependant, on sait aussi que le petit déjeuner est le repas le plus consommé et que le potage est le plat le plus consommé. On a donc réfléchi et décidé de travailler à partir de ces constats, afin de prendre en compte ces limites et les préférences des personnes âgées. Concrètement, nous avons travaillé sur l'enrichissement de ces deux préparations, avec des mesures simples et peu chronophages.

un café au lait enrichi, une bouillie enrichie, un chocolat chaud enrichi et un potage industriel. On a mis tout cela en test et on s'est aperçu qu'ils fonctionnaient plutôt bien. L'expérience a duré une semaine sur 21 patients, sous régime HTHC, dans deux services. L'appréciation a été largement positive (pour 95 % d'entre eux).

On a analysé leur consommation afin d'observer, sur une journée-type, les comportements et les apports traditionnels. Sur nos 21 patients, cela représentait 177 calories supplémentaires et près de 4 grammes de protéines.

C'est favorable car, en équivalence, cela correspond à 90 grammes de ces cachets à 15% de matière grasse.



On est allé un peu loin pour continuer l'implantation. Sur une période d'un mois et demi, nous avons comparé avec une autre catégorie de personnes, atteintes des mêmes pathologies (celles-ci étaient venues quelques mois avant dans notre établissement et n'avaient ni eu de soins diététiques, ni d'enrichissement). En comparant avec les personnes qui ont reçu un enrichissement, on s'est aperçu d'un impact

biologique, concernant le marqueur de l'albumine (un des marqueurs de la dénutrition) : chez les patients venus avant l'enrichissement, on a enregistré 2% d'albumine supplémentaire, contre 5% pour les autres. Pour les patients qui rentraient à domicile, on a normalisé le bilan à 50%, contre 38% pour ceux qui n'ont pas eu l'enrichissement.

Ces résultats sont intéressants, mais il faut les confirmer. Il est prévu de continuer cette expérimentation sur les longs séjours et à travers une thèse dédiée dans le service du Dr Mézière. Cette étude pourrait s'inscrire dans un cadre un peu plus large, qui nous permettrait d'aller plus loin dans l'apprentissage auprès du patient.

On pourrait par exemple imaginer la mise en place d'un atelier pratique pour apprendre au patient à enrichir ses préparations traditionnelles.

Aujourd'hui, lorsque le patient rentre à domicile, il reçoit des conseils diététiques à l'aide un livret : celui-ci présente des recommandations en cas de perte d'appétit, ou des conseils de fractionnement, pour les problèmes de transit, etc. On y retrouve notamment un tableau d'enrichissement pour l'aider à enrichir ses préparations traditionnelles. Cette idée d'enrichissement ne passe pas forcément par un

complément, mais aussi par des aliments quotidiens, riches en protéines et en calories. Pour conclure : la complémentation est, selon moi, un élément important pour la prise en charge de la nutrition. Pour qu'elle soit optimale, il faut l'articuler avec un enrichissement et apprendre au patient à enrichir son alimentation. Cela permet de le rendre autonome et « acteur » de sa pathologie.

↳ Mme Jeanvoine

Merci beaucoup pour cette démonstration, extrêmement intéressante sur le plan nutritionnel mais aussi sur la notion de plaisir apporté à la personne. Nous allons maintenant écouter Geert Roggeman, qui travaille dans un foyer en Belgique. Il va évoquer le thème « De la nourriture pour la pensée ».



GEERT ROGGEMAN INTERVENTION TRADUITE DE L'ANGLAIS

Tout d'abord, au nom de la ville de Gand, je voudrais adresser mes plus sincères condoléances aux familles des victimes des attaques à Paris. Et un prompt rétablissement aux victimes. Pour la France et le monde, je souhaite la paix. C'est étrange de parler de vieillissement et de dénutrition dans ces circonstances.

Je suis le responsable manager d'une maison de retraite basée à Gand, en Belgique. J'y travaille depuis dix ans, même si je n'aime pas trop, aujourd'hui, le terme de « manager ». Je voudrais d'abord remercier l'organisation de m'avoir invité. Je risque de contredire certains professionnels qui ont parlé aujourd'hui, mais ça aura le mérite d'ouvrir le débat.

Notre but est d'apporter la plus grande qualité de vie à nos résidents, ainsi qu'un environnement stimulant. Nous avons 118 résidents. Ce sont tous des individus singuliers, qui vivent ensemble. On pourrait parler de 118 nuances de gris, ou d'un petit village. Ces gens ont une vie de souvenirs et leurs propres histoires à raconter; 60% d'entre eux souffrent de démence ; les autres ont des problèmes physiques ou sociaux. Il y a dix ans, la maison de retraite avait un environnement neutre : murs blancs, meubles faciles à nettoyer, etc. Nous avons raccommodé les meubles et aménagé les jardins ; nous avons des animaux domestiques et des activités qui exigent des participants actifs. Dans notre maison de retraite, les résidents n'ont pas le temps, en quelque sorte, pour la retraite !



Ce n'est pas un discours publicitaire et d'ailleurs, nous n'avons pas besoin de publicité. Dans tous les pays, les listes d'attente sont longues pour les maisons de retraite. Ce que je veux dire, c'est que nous avons besoin d'un encadrement positif pour le soin des personnes âgées. Les gens n'aiment pas avoir besoin d'aide, se sentir dépendants ; ils ont peur d'entrer dans une maison de retraite. L'idée qu'ils se font des maisons de retraite est très négative. Or, nous voulons changer cette image, à notre échelle. Nous souhaitons encourager les gens à venir nous voir, à participer à nos activités, à favoriser les ren-

contres, notamment entre les différentes générations. La vie ne s'arrête pas dans une maison de retraite ; elle s'arrête bien un jour mais, entre temps, cette période doit être vécue comme un nouveau chapitre.

Nos résidents peuvent continuer leurs activités, même s'ils ont souvent besoin de soins. Les membres de la famille, les enfants, ne doivent pas hésiter à venir. Chez nous, ils entrent dans une communauté de personnes âgées, mais avec un esprit jeune. Elles font plein de choses : jardiner, peindre, écouter de la musique, lire, socialiser, prendre soin des animaux, etc.

Soyons sérieux : la semaine prochaine, j'aurai 52 ans et pourtant, j'ai l'impression d'en avoir 30. Nous restons tous jeunes dans notre tête, même à 100 ans. Ce qui est « drôle » dans le vieillissement, c'est que notre corps vieillit, mais pas notre esprit.

L'importance d'avoir un encadrement positif repose également sur le fait de pouvoir attirer de jeunes aides-soignants pour s'occuper des personnes âgées. Nous avons besoin de mains mais, avant tout, nous avons besoin de cœurs.

Les activités liées à la nourriture et l'alimentation favorisent le bien-être physique, social et psychologique. On ne mange pas seulement pour survivre : on mange car on aime ça, car on apprécie tel ou tel goût. La nourriture est, de loin, le sujet le plus discuté dans une maison de retraite. Comme le Dr Monique Ferry l'a dit ce matin : « Pas de retraite pour la fourchette ! ».

Nous proposons des plats équilibrés : les taux de protéine, graisse et carbohydrate sont strictement contrôlés par le personnel de cuisine. Mais une fois par mois, nous oublions volontairement ces normes (« we forget the rules »).

Nous avons créé notre propre potager ainsi qu'une serre, dans laquelle nous cultivons des tomates et différents types de salades. Nos résidents, même ceux en chaise roulante ou alités, peuvent voir nos fleurs pousser...



Bien entendu, nous plantons beaucoup trop. Nous avons un stock important de tomates et de salades, pour le grand bonheur de nos voisins, ils ne se plaignent pas. Nous l'appelons « le soin vert » : le sentiment de se sentir utile et d'avoir quelque chose dont on doit prendre soin. Les produits du jardin sont utilisés pour préparer les repas ou le thé. C'est une activité extrêmement sociable : les résidents se retrouvent, partagent des recettes et des souvenirs. C'est aussi une activité physique : les gens doivent découper, laver et préparer les légumes. Enfin, c'est une activité psychologique : les résidents échangent sur leurs besoins et leurs inconforts.

Nous avons également une cuisine mobile, avec laquelle se retrouvent les résidents, le personnel et les bénévoles. Toutes les pièces sentent la cuisson des repas. Après des années d'expériences à préparer des repas, la senteur est importante. C'est la même chose pour les « soupes de grand-mère ».

Parfois, comme je vous l'ai dit, nous nous affranchissons des règles, même si nous sommes toujours approuvés par le HACCP. Nous surveillons nos produits, nous mettons le tablier pour cuisiner et nous servons des plats chauds, consommés tout de suite.

Ils préparent leurs propres repas et donne une soupe ou des apéritifs au personnel. L'important, derrière tout cela, c'est de laisser les gens participer. Percevez les senteurs de poireaux, de céleris ou carottes cuites dans une casserole, comme le parfum d'un bon poulet : ce n'est pas l'odeur que vous imaginez dans une maison de retraite. Ce que nous sentons équivaut, pour 80%, à ce que nous goûtons. Sentir de la nourriture donne faim. Or, j'ai visité de nombreuses maisons de retraite bien aménagées, avec de jolis meubles, de jolies cuisines et de beaux jardins, mais aucune stimulation des sens...

Nous vérifions l'alimentation des résidents et gardons toujours un plat témoin.

Nous récupérons les recettes de nos résidents et nous les archivons dans un livre, qui peut être offert aux familles ou aux visiteurs. Le plat le plus mangé est un type de « bouillabaisse » avec du poulet. Nous sommes belges, donc nous le servons avec des frites. Ce sont, à vrai dire, des « frites belges », car je voudrais le dire, une fois pour toutes, les frites sont belges ! Nous les servons avec de la mayonnaise et une salade.

L'ambiance de la préparation d'un repas est plus importante, chez nous, que le nombre exact de pommes de terre, de viande ou de légumes. C'est ce qui donne un sens à leur vie. Parfois les résidents préparent un plat pour les aides-soignants ou leur famille, ce qui leur donne confiance.

Bien sûr, nous ne pouvons pas faire participer tout le monde en même temps. De la même manière, il y a un équilibre à respecter entre le gras, les protéines et les carbohydrates. Mais, de temps en temps, ces obligations n'ont pas besoin d'être respectées. Nous avons déjà ac-

cueilli les sapeurs- pompiers de Gand, la police, des clubs, des élèves, des chefs trois étoiles : ils sont venus cuisiner avec les résidents, ou plutôt « ensemble ». C'est le terme le plus important.

Nos professionnels viennent des quatre coins du monde (Turquie, Brésil, Afrique, Maroc, Indonésie) : en les laissant cuisiner leurs plats locaux, nous travaillons à une meilleure intégration des cultures. C'est une situation « gagnant-gagnant » : notre staff est fier de cuisiner ses plats d'origine, et nos résidents apprennent à apprécier des saveurs exotiques.



Les activités liées à l'alimentation sont diverses dans une maison de retraite ; elles rassemblent les gens et les cultures. Nous espérons inspirer nos collègues et les personnes âgées avec notre initiative. Parmi nos projets, nous souhaitons transformer notre cafétéria en spa et aménager une petite ferme d'animaux (non comestibles). Chaque nouvelle idée inclue toujours la participation de nos résidents. Il y a quelques

années, nous avons créé notre propre produit. Nous l'appelons « Tostpice » (issu du français « hospice »), goûté et mélangé avec soin par nos résidents. L'étiquette montre une statue située à l'entrée de notre maison de retraite, avec une inscription en grec : « Fidèle à ses croyances. » Notre croyance est le vieillissement actif. Vous pouvez retrouver cette inscription sur une pierre tombale au Père-Lachaise.

Sur notre site web, en guise de conclusion concernant mon intervention, vous ne trouverez aucune image, aucune statistique, aucun nombre ; vous y trouverez une recette en quatre langues, à essayer chez vous : vous devez mélanger le jaune d'œuf avec de la crème pour le liant, ce qui est très gras et très « contre les règles »...

La recette du waterzooï (plat originaire de Gand)



↳ Mme Jeanvoine

Merci beaucoup pour cette démonstration de plaisir. Les photos sont vraiment agréables à voir. J'ai compris à plusieurs reprises que vous oubliez les règles. En France, on n'aime pas toujours ça...

Je passe maintenant la parole à David Giffard, qui va intervenir sur le thème : «Silver Fourchette : quelle aventure gastronomique !».

DAVID GIFFARD

Bonjour à tous. Je dois être le dernier obstacle entre vous et le cocktail, donc je vais essayer de faire rapide. Je suis directeur du développement d'une organisation, le groupe SOS, qui intervient dans le champ médico-social et du sanitaire. Nos actions sont diversifiées, mais une large partie concerne la gestion d'hôpitaux. Nous gérons huit établissements, ainsi qu'un groupe seniors de 41 EHPAD (groupe SOS Seniors).

Nous avons parlé de dénutrition, des problématiques d'alimentation, du plaisir de manger. Quand on se positionne en tant que gestionnaire d'établissement, on se demande comment répondre à ces questions. On a imaginé un concept qui nous permettait de constituer un véhicule ludique, afin d'aborder ces questions sous un angle différent. Vous le savez : nous avons un cadre

réglementaire très contraint, des problématiques de gestion relativement lourdes, notamment sur la gestion et la production de la restauration ; nous devons aussi répondre à des enjeux en matière de vivre ensemble, afin que nos établissements soient de véritables lieux de vie. La restauration est évidemment au cœur de cette logique.

Silver Fourchette, c'est très simple : c'est un concours de cuisine gastronomique, ou une sorte de Top Chef en EHPAD.

L'initiative a d'abord été pensée pour renforcer le plaisir de manger des seniors, sans stigmatiser et sans être non plus dans une intervention technique, médicale, scientifique. Nous avons plutôt la volonté d'aborder ces sujets de façon légère. C'était aussi l'occasion pour nous de valoriser ces métiers (cuisiniers et aide-cuisiniers en EHPAD) qui, dans l'échelle de la gastronomie, sont très peu valorisés. Pour autant, ils font un travail formidable

au quotidien auprès des résidents et sont partie prenante du projet d'établissement, au plus près des résidents. On a donc envie de les valoriser dans le cadre de ces problématiques de dénutrition. Pour nous, c'est également une volonté d'ouverture de nos établissements et nos équipes, au-delà de l'univers stricto sensu des EHPAD.

↳ L'année dernière, nous avons lancé une opération pilote dans nos établissements : 46 EHPAD du groupe SOS Seniors étaient concernés. Nous avons peu de moyens, mais l'idée était de tester les choses et de voir dans quelle mesure la dynamique s'opérait. La réussite a dépassé nos espérances et nous amène aujourd'hui à le traiter différemment. On a eu la volonté de l'ouvrir et d'en faire une opération nationale. Sur cette édition 2015-2016, nous nous sommes ainsi associés pour porter cette initiative avec la FEHAP (principale Fédération des Établissement Hospitaliers d'Aide à la Personne) ; l'objectif est de relayer l'opération en

mobilisant un maximum d'EHPAD volontaires. 150 sont inscrits pour y participer. On a également un partenariat avec l'Éducation Nationale : des lycées vont accueillir les épreuves, tout au long du parcours : dans la logique hôtelière, c'est intéressant d'y associer des jeunes en formation, qui vont éventuellement investir, ultérieurement, ces filières. De façon plus générale, on a des partenaires venant de tous les horizons : du monde de la restauration ; du monde des seniors ; et tous types d'acteurs cherchant à profiter de cette dynamique pour explorer un certain nombre de mécanismes dans leur propre développement.

Récemment, Silver Fourchette a reçu le haut patronage de Laurence Rossignol, secrétaire d'état chargée de la Famille, de l'enfance, des Personnes âgées, et de l'Autonomie, qui en fait une opération majeure, relayée aujourd'hui par plusieurs services ministériels.

Silver Fourchette, c'est une première épreuve en EHPAD. On délivre un kit qui permet à chaque établissement de l'organiser. C'est entièrement gratuit : il n'y a pas de droit d'entrée ni de participation financière ; tout est basé sur le volontariat. Cette première étape est l'occasion d'un temps fort à travers lequel on mobilise les résidents, les familles, les équipes et les acteurs du territoire ; ils vont créer un événement familial et une communication locale, permettant de faire passer un message-clé : le plaisir de manger.

Les épreuves départementales sont organisées dans les lycées hôteliers. La première étape, en EHPAD, n'est pas éliminatoire : chaque participant est automatiquement invité à participer à une épreuve départementale. Dans le lycée hôtelier, on passe une formule de concours. Les deux premiers sont sélectionnés pour l'épreuve régionale qui se déroulera en mars 2016. Puis, il y aura la grande finale à Paris, probablement à l'école hôtelière Ferrandi, avec un jury prestigieux (qu'on garde secret pour l'instant). La dernière étape se déroulera à nouveau en EHPAD : la boucle sera ainsi bouclée et le menu du gagnant sera reproduit dans tous les établissements. Cela favorisera un nouveau moment convivial, avec tous les participants, les résidents et leurs familles.



La dynamique est incroyable. On peut faire un constat simple : la nutrition et dénutrition sont l'affaire de tous, résidents, aides-soignants, personnels en cuisine, familles, etc. Dans les jurys, on retrouve des restaurateurs locaux qui viennent voir ce que l'on fait, récupèrent certains menus et les mettent parfois même à la carte de leur établissement. Même chose parmi les collectivités locales, les élus, les agents en charge de l'action sociale : ils se mobilisent partout pour découvrir ce qu'on fait. Des organisations de service à la personne viennent également y prendre des idées. La dynamique locale s'opère donc au gré des spécificités des

établissements, des résidences et des territoires. L'organisation se fait aussi en fonction des besoins des publics, à travers une approche personnalisée selon les résidences. À partir de ces dynamiques, on peut développer de nouvelles techniques et aller un peu plus loin dans les prestations proposées. Les épreuves sont organisées selon un cahier des charges pré-établi : les chefs doivent cuisiner à la fois en texture classique et modifiée. Chaque repas est décliné en texture modifiée. Le jury évalue les deux dimensions de cette prestation.

Le programme a déjà fait l'objet d'une vingtaine d'épreuves départementales. Les retours sont très intéressants. Vous n'imaginez pas à quel point les chefs sont fiers de participer à une opération comme celle-ci. D'un seul coup, on met un coup de projecteur sur leur savoir-faire : ça permet de valoriser les compétences et d'associer les jeunes.

Il est essentiel, pour nous, de mener cette opération comme un prétexte pour mobiliser des acteurs variés et pour travailler sur de nouvelles problématiques pré-figurant l'EHPAD de demain. Ainsi, en abordant ces questions d'alimentation, cela permet de développer d'ouvrir des sujets sur l'innovation culinaire, les techniques à mettre en œuvre, les nouvelles formes de restauration, etc. Cela encourage les projets de recherche sur les questions de nutrition et de santé avec nos partenaires. Ils concernent la formation, les compétences de nos équipes, en particulier nos chefs de cuisine, les filières à métiers, les passerelles à créer entre l'enseignement et les structures du monde académique. Plus largement, l'opération permet de voir ce qui fonctionne en termes de dynamique territoriale, de favoriser l'ouverture des EHPAD sur leur quartier et de contribuer, en définitive, au vivre ensemble. On peut aussi évoquer les questions de gestion. Quand on est gestionnaire d'établissement, on doit faire face à un certain nombre de contraintes réglementaires, comme la problématique des déchets dans le cadre de la restauration ? Les approvisionnements, les

circuits courts, le bio... : tous ces sujets doivent être appréhendés de façon collective afin d'imaginer les réponses de demain. Silver Fourchette est un cadre positif pour discuter et échanger. L'opération est également intéressante sur le plan des ressources humaines, comme projet d'établissement, permettant d'associer toutes les équipes. La problématique est la suivante : comment créer des dynamiques internes, suffisamment fortes pour donner envie de les explorer de manière collective ? Silver Fourchette est un exemple de réponse. C'est un dispositif ouvert, qui n'est pas la propriété du groupe SOS, car chacun peut l'introduire, s'il le souhaite, dans son établissement. C'est aussi l'occasion d'inviter des partenaires (Elior, Sogeres, RestAlliance, etc.), intéressés par ce type d'initiatives. Il y a aussi les centrales d'achat, les fournisseurs de texturants, et bien d'autres. NutriCulture, par exemple, est un partenaire très actif sur ce projet. Il développe, avec nous, un certain nombre de matériaux pédagogiques à destination des chefs de cuisine. Il participe également à la dynamique de ce programme.

CONCLUSION

Je vais conclure en lançant une sorte d'appel à tous ceux qui seraient tentés de participer à l'aventure : si le projet vous intéresse, n'hésitez pas à nous faire signe, nous serons ravis de vous accueillir !

WWW.SILVERFOURCHETTE.ORG

Mme Jeanvoine

Merci beaucoup. Ce qui est passionnant, c'est que cette expérience, autour de l'alimentation, participe à changer l'image des EHPAD...



QUESTIONS - RÉPONSES

↳ Participant

Je veux simplement témoigner. J'ai assisté, il y a quelques mois, à l'inauguration d'un EHPAD à Bonneuil-sur-Marne. J'ai apprécié qu'on nous présente l'équipe de restauration, car cela ne se fait pratiquement nulle part. On a pu apprécier et rencontrer les personnes qui ont confectionné la petite collation, proposée après l'inauguration. C'est innovant et important.

↳ Participant

Silver Fourchette, c'est public ou privé ?

→ David Giffard

Pour la première édition nationale, nous avons été porté par la FEHAP et relayé par des opérateurs du privé non lucratif. Les EHPAD publics peuvent aussi y participer.

↳ Participant

J'ai deux questions. Quand on arrive à l'hôpital, un certain nombre de personnes sont dénutries : comment faire pour résoudre cette problématique en amont, sur le plan de la prévention ? Ma deuxième question concerne la présentation de notre ami Geert : le travail avec les animaux est très intéressant mais, en France, on semble avoir une approche beaucoup plus restrictive, en interdisant notamment la présence des animaux. Pourquoi ?

→ Mme Bellan

Je vais répondre sur la première partie. Comme l'a souligné notre diététicien, nous pouvons faire un certain nombre de choses, après, et avant l'hospitalisation. L'enrichissement se fait de manière très simple à la maison. On connaît tous les principes et les choses essentielles qui participent à l'enrichissement (gruyère râpé, œufs, crème, etc.). L'étendue et la diversification du bol alimentaire doivent être appréhendées avant l'hospitalisation. Ces conseils nutritionnels servent justement à rappeler ou rajouter des informations, en particulier un principe essentiel : la diversification est toujours aussi importante, quel que soit l'âge.

→ Geert Roggeman

En Belgique, comme en France, les maisons de retraite sont soumises à de nombreuses règles. Concernant les animaux, nous devons suivre une liste, faire intervenir un vétérinaire, respecter un certain nombre de contraintes d'hygiène, etc. C'est logique, mais cela ne nous empêche pas d'avoir des chats, des chiens et même des poules. Je voudrais ajouter que cela donne une activité supplémentaire pour les personnes âgées ; comme si elles étaient à la maison. Parfois, il faut un peu bouger les règles et c'est ce qu'on essaye de faire.

→ **Monique Ferry**

Je veux apporter un complément d'information sur la prévention. Les programmes de prévention se développent sur l'ensemble du territoire et permettent l'appropriation des messages. Je voudrais également poser une question à « Monsieur Silver Fourchette », au sujet des EHPAD : les résidences autonomie, les foyers logements ou les résidences seniors, peuvent-elles également rentrer dans cette dynamique ?

→ **David Giffard**

Je vais faire la même réponse : c'est non-excluant. Qui a envie de participer peut le faire ! C'est une première édition. Tout ce qu'on va pouvoir apprendre cette année va nous donner des occasions d'étendre ce dispositif à d'autres types d'établissements. Je pense notamment aux établissements accueillant les personnes handicapées, car on trouve des problématiques similaires. Notre intention est de laisser à quiconque la possibilité de participer, à condition de le vouloir et même s'il n'est pas EHPAD à proprement parler. On essaiera au fil du temps d'élargir le périmètre, en extrapolant cette problématique dans d'autres univers.

↳ **Participant**

Envisagez-vous un concours au niveau européen ?

→ **David Giffard**

Bien entendu, nous en avons envie, puisque ces questions sont universelles. Cela doit être envisageable tel que le dispositif a été construit. Un certain nombre de partenaires nous invite même à y réfléchir. Et si vous avez un projet, une idée, une intention, une possibilité d'aller sur d'autres terrains, nous l'étudierons avec beaucoup d'intérêt. Encore une fois, le but de cette opération n'est pas lucratif : elle a donc vocation à être reprise par d'autres acteurs désireux de porter l'initiative.

↳ **Participant**

Je peux rajouter quelque chose par rapport à la disparition des animaux : l'activité de notre hôpital a énormément évolué depuis ces dernières années. Auparavant, la population des résidents était relativement autonome et pouvait profiter de ces animaux ; maintenant, ces patients sont très dépendants. Les patients courts-séjours restent beaucoup moins longtemps. Or, la gestion d'un parc animalier nécessite des moyens importants. Je rappelle juste qu'on est un hôpital ; et les hôpitaux sont contraints à des budgets très serrés...

↳ **Participant**

Je suis senior active à Ivry. D'après mes souvenirs, il y avait des animaux, il y a quelques années, à Charles Foix. Cela permettait aux habitants et aux personnes âgées d'aller se promener avec les enfants. Puis, d'un seul coup, tout a disparu.

→ **Mme Bellan**

Effectivement, c'était le cas. Ils ont disparu, il y a trois ou quatre ans. Ce sont des décisions de la direction, dont je ne peux pas vous expliquer la teneur. En revanche, il y a toujours quelques animaux à Charles Foix : des souris qui se font chasser par les chats que nous avons encore dans le service. Les chats sont présents dans certains services plus que d'autres, pour des raisons d'hygiène. Dans les services de longs séjours, nous en avons davantage, effectivement, ce qui permet de garder un lien avec les animaux et l'extérieur. Ça conduit les patients à sortir pour aller caresser le chat, lui donner à manger, etc.



CONCLUSION

PAR JEAN-CHARLES POMEROL

▾ Je voudrais d'abord remercier nos partenaires européens qui sont venus, malgré la distance, pour exprimer leur compassion concernant les événements que nous venons de vivre. Cela nous fait tous chaud au cœur ! Je suis universitaire : vous ne pouvez pas imaginer l'émotion que cela a créé, dans le monde entier, quand je compte le nombre d'e-mails que j'ai reçu de mes homologues étrangers. Les gens le comprennent bien : c'est notre liberté et notre désir de vivre ensemble, malgré nos différences, qui étaient menacés ; les réactions de compassion et de solidarité sont très importantes à entendre. Plus largement, je voudrais remercier tous les orateurs et tous les participants à cette journée : l'équipe du Pôle Allongement de la Vie Charles Foix, l'hôpital Charles Foix, les collectivités locales qui nous ont toujours soutenus...

▾ Cette conférence annuelle du Pôle Charles Foix commence à s'inscrire dans le paysage. Comme vous l'avez remarqué, son avantage est d'être à la fois pluridisciplinaire et pluri-acteurs, car le vieillissement concerne beaucoup de personnes, d'intervenants et de métiers. Nous avons parlé des professionnels médicaux, mais aussi des auxiliaires de vie, des agents territoriaux, etc. La mission d'un organisme comme le Pôle Charles Foix est d'essayer de faire travailler tout le monde ensemble, de monter des projets avec nos amis européens, de faire progresser notre connaissance et notre façon de vivre avec les personnes âgées. Nous devons les aider, au maximum, car cela revient aussi à nous aider, d'une certaine manière : notre société repose, en effet, sur sa diversité. Autrement dit : améliorer la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi un marqueur de l'état d'une société.



▾ Quelques mots sur la conférence elle-même. On a commencé par un angle sociologique avec Philippe Cardon. C'était intéressant de voir que les styles de vie et de consommation perdurent tout au long de la vie. La consommation, l'heure des repas, la façon de manger sont également des marqueurs importants ; ils se conservent toute la vie, même si on peut observer des changements entre les générations.

▾ Une chose également importante à retenir : lorsqu'on devient moins autonome, une sorte de délégation se produit (par exemple, à travers les gens qui vont faire les courses pour nous) : qu'elle soit tacite ou explicite, il faut veiller à ce qu'elle soit mieux exprimée. Par exemple, les auxiliaires de vie ou les aides ménagères devraient avoir cette formation, afin de comprendre ce mécanisme de délégation qui engendre une sorte de « contrat » entre les professionnels et les personnes âgées. Je pense que cette idée-là n'a pas encore été exploitée. Je constate souvent que l'avis de la personne âgée n'est pas systématiquement demandé. On lui fait les courses ; on pense qu'on a fait notre boulot, alors qu'il faudrait en faire davantage, permettre cette discussion et être formé pour cela. Je suis conscient que cela requiert du temps et des moyens.





➤ Ensuite, on a eu la conférence sur la physiologie, avec ce constat, que l'on connaît : la nutrition et la dénutrition progressent par palier. La différence entre une personne jeune et une personne âgée, c'est que la première récupère, mais pas forcément la seconde (à moins de supplémenter et de rentrer dans un processus quasiment médical). Il faut donc éviter de rentrer dans le processus d'amaigrissement lorsque l'on vieillit.

Mme Ferry nous a alors présenté trois axes pour bien vieillir : bien manger, bouger et entretenir une vie sociale. On a beaucoup parlé, cette année, du « bien manger » ; l'an dernier, on avait beaucoup parlé du physique ; le troisième pied de ce tabouret concerne le lien social et c'est sûrement le plus compliqué. Chez beaucoup de gens, le seul lien social était le travail. Ce qui pose la question de savoir ce que devient le lien social quand on arrête de travailler. Or, nous l'avons vu, le rôle de la solitude et de l'isolement est très important dans la dénutrition.

➤ Les ateliers étaient passionnants en présentant toutes ces expériences. On a beaucoup parlé du repas à domicile, avec la mairie d'Ivry, Âge et Vie, Appétits et Associés. Tous ces intervenants ont bien insisté sur le fait que le portage ne consiste pas à déposer les repas et « partir comme un voleur » ; certains ont expliqué qu'on pouvait déjeuner avec l'auxiliaire de vie ou l'aide-ménagère, même si cela peut poser des questions sur la gestion du temps.

➤ J'ai constaté quelque chose qui me semble important : les auxiliaires de vie viennent souvent de cultures différentes. Or, les personnes âgées aiment bien échanger les saveurs. C'est une curiosité culturelle qu'il faut encourager. Ça suppose, bien entendu, des ressources, mais c'est un atout, dont les leviers sont déjà là. Chez les femmes âgées, en particulier, l'échange de recettes ou la découverte de saveurs constituent bien souvent un moyen de dialogue important.

A travers le dernier atelier, on a bien vu que la nutrition était un vecteur important, peut être le principal, pour l'animation et la socialisation en milieu fermé (dans les EHPAD). Il faudra bien y réfléchir. Avec l'équipe de l'hôpital Charles Foix, on a bien saisi la complexité du processus, notamment lorsque les personnes âgées commencent à perdre beaucoup d'autonomie. Ce n'est pas toujours facile de faire manger les gens ; il faut avoir de la patience, éviter les fausses routes et toutes sortes de complications auxquelles les personnes âgées sont plus exposées.

Je vous remercie.



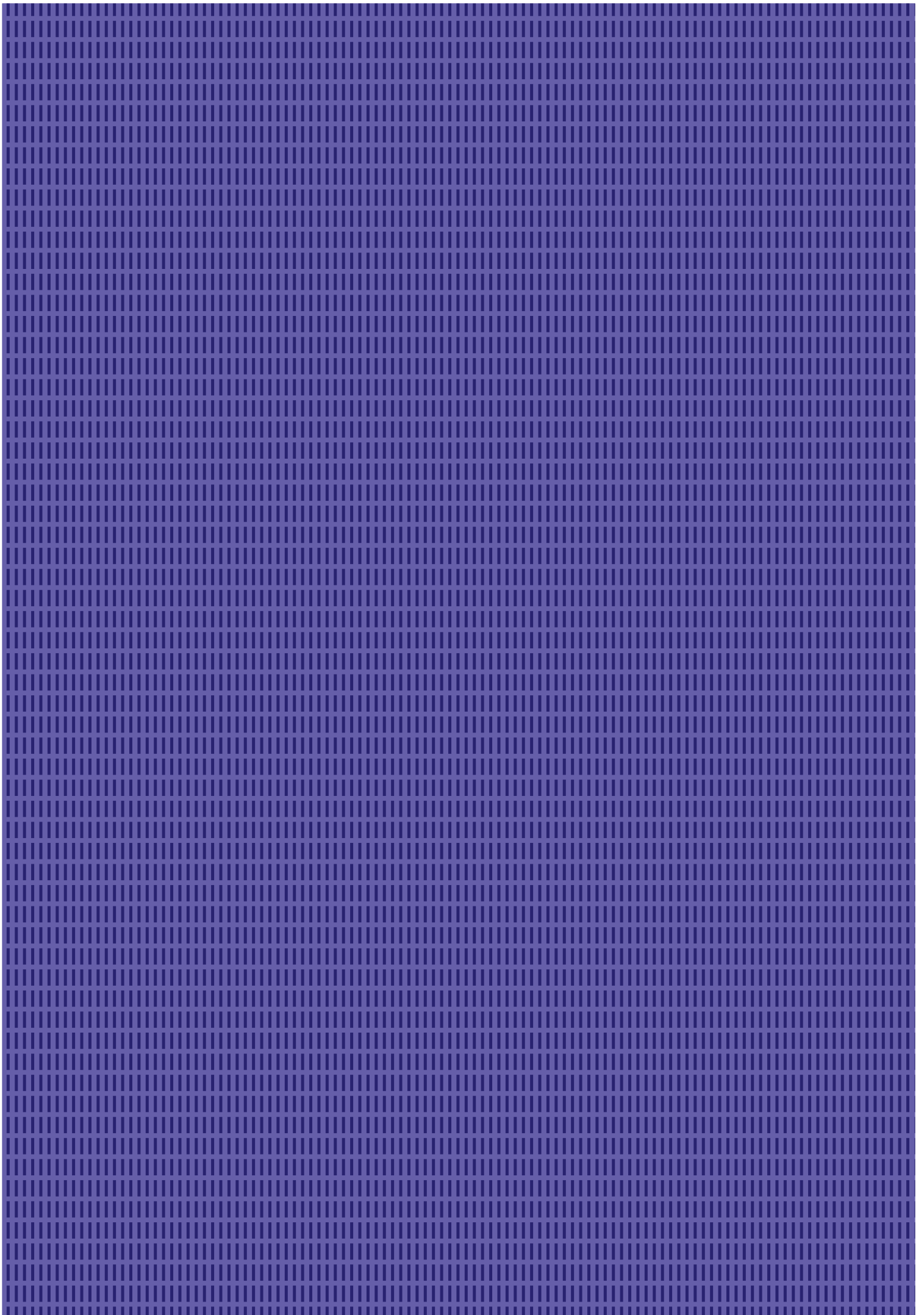




GLOSSAIRE

- AHPH** : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- APA** : Allocation personnalisée d'Autonomie
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- CCAS** : Centre communal d'action sociale
- CLIC** : Centre local d'information et de coordination
- CNAV** : Caisse National d'Assurance Vieillesse
- DAEVS** : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale
- EHPAD** : Établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes.
- FEHAP** : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
- HACCP** : Hazard Analysis Critical Control Point / en français : Analyse des dangers - points critiques pour leur maîtrise
- MONICA** : Multinational mONItoring of trends and determinants of Cardiovascular diseases, nom d'une étude lancée sous l'égide de l'OMS
- MSA** : Mutualité sociale agricole
- PCS** : Professions et Catégories Socioprofessionnelles (nomenclature établie par l'Insee)
- PNNS** : Programme National Nutrition Santé
- PRIF** : PRévention Île-de-France
- RSI** : Régime social des indépendants
- SENECA** : Survey in Europe on Nutrition and the Elderly; a Concerted Action
- SIHA** : Senior International Health Association
- SYREC** : Syndicat pour la restauration collective







FuturÂge - Pôle Charles Foix
54, rue Molière
94 200 Ivry-sur-Seine