



L'ALIMENTATION COMME VECTEUR DU BIEN VIEILLIR

AVIS 92

Le Conseil National de l'Alimentation est une instance consultative indépendante

Le CNA est une instance consultative indépendante, placée auprès des ministres chargés de l'environnement, de la santé, de la consommation et de l'agriculture. C'est un outil d'aide à la décision publique. Il est consulté sur la définition des politiques publiques de l'alimentation et émet des avis à l'attention des décideurs publics et des différents acteurs et actrices de la filière alimentaire sur des sujets tels que la qualité des denrées alimentaires, l'information des consommateurs, l'adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, la sécurité sanitaire, l'accès à l'alimentation, la prévention des crises, etc.

« Parlement de l'alimentation », le CNA conduit un processus de concertation intégrant les préoccupations des filières et de la société civile.

Positionné comme un « parlement de l'alimentation », le CNA développe depuis presque 40 ans un processus de concertation intégrant les préoccupations des filières et de la société civile. Réalités du monde professionnel et attentes des consommateurs et consommatrices entrent ainsi en compte dans les débats.

Ses 66 membres nommés représentent les différents maillons de la chaîne alimentaire et sont répartis en 9 collèges : associations nationales de consommateur(ice)s, production agricole, transformation et artisanat, distribution, restauration, syndicats de salarié(e)s, société civile, des personnalités qualifiées ainsi que de représentant(e)s du Parlement français (Sénat et Assemblée nationale). Les établissements publics de recherche et d'évaluation scientifique ainsi que les collectivités territoriales sont également membres de droit du CNA. Assistent de plein droit aux travaux les représentant(e)s des ministères concernés. Le CNA est également mandaté pour organiser le débat public dans le cadre de la politique publique de l'alimentation.

Le CNA bénéficie d'une gouvernance interministérielle

Une gouvernance interministérielle est définie dans le règlement intérieur du CNA et découle de sa définition réglementaire. Ainsi, les quatre ministères de rattachement du CNA participent aux travaux d'élaboration des avis du CNA afin d'apporter un éclairage et une expertise. Lors du vote des avis, l'administration ne prend pas part aux votes. De fait, les ministères n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions et recommandations émises dans les avis. Celles-ci doivent être considérées comme propres à leur auteur, c'est-à-dire au CNA plénier. Le Gouvernement n'est pas lié aux avis du CNA.

Le CNA émet des avis et des recommandations

Le CNA peut être saisi par un de ses ministères de rattachement, par toute autre instance consultative placée auprès de l'État ou de l'un de ses établissements publics, par un des collèges qui le constituent ou encore par son ou sa Président(e). La concertation organisée par le CNA vise ainsi à émettre des recommandations. Un avis du CNA est une œuvre collective, résultant de la participation des membres d'un groupe de concertation (GC), du CNA et du secrétariat interministériel. Il est rendu public une fois adopté en séance plénière du CNA. Il est destiné aux acteurs et actrices de l'alimentation, en particulier aux pouvoirs publics, afin d'enrichir la décision publique et intégrer les opinions des différentes parties prenantes. Tous les avis du CNA sont consultables et téléchargeables sur le site www.cna-alimentation.fr

Résumé

En juillet 2023, le CNA s'est autosaisi pour mener une réflexion sur un enjeu important de santé publique et sociale dans un contexte de vieillissement de la population générale en France : **l'alimentation des personnes âgées**.

Le présent avis est issu des travaux d'un groupe de concertation qui ont débuté en octobre 2023. Ce groupe a été présidé par Claire Sulmont-Rossé, directrice de recherche INRAE, et la vice-présidence a été assurée par Nicole Bohic, inspectrice générale des affaires sociales.

Cet avis permet de rappeler, dans la continuité des précédents avis du CNA, que **l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir**, à tous les âges de la vie, et il propose une approche systémique afin d'améliorer l'alimentation des personnes âgées dans un souci de **préservation de leur santé et de leurs liens sociaux**.

Le CNA identifie en ce sens trois objectifs communs partagés :

- Garantir une alimentation répondant aux besoins nutritionnels et prenant en compte le plaisir et les habitudes des personnes âgées.
- Prendre en compte l'hétérogénéité de la population âgée dans les mesures et orientations les concernant, considérant l'ensemble des trajectoires de vieillissement et des lieux de vie.
- Permettre à toutes et tous un accès digne à une alimentation suffisante, adaptée et de qualité, notamment pour prévenir la survenue des pathologies associées au vieillissement.
- Associer les personnes âgées à l'élaboration et à la validation des politiques publiques et des dispositifs les concernant à toutes les échelles de territoires.

Pour y répondre, le CNA propose des recommandations opérationnelles déclinant ces objectifs. Parmi celles-ci, 9 recommandations clés ont été priorisées.

Mots clés

Personnes âgées, seniors, alimentation, vieillissement, prévention.

Présidente du groupe de concertation

Claire Sulmont-Rossé

Directrice de recherche à l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement

Vice-présidente du groupe de concertation

Nicole Bohic

Inspectrice générale des affaires sociales

Secrétariat interministériel du CNA

Mauranne Lachaise

Responsable de concertation

Cecilia Di Loreto

Responsable de concertation

Marine Lazzaro

Chargée de concertation

Mots de la présidente et de la vice-présidente

Le mot de la présidente, Claire Sulmont-Rossé

Quand la grand-mère de mon mari a vu arriver son gâteau d'anniversaire avec le chiffre 100, son regard s'est rempli d'effroi : quoi ? J'ai 100 ans ? Moi ?... Mais ce moment de panique n'a duré que quelques secondes... Elle s'est mise à sourire malicieusement... et a planté son doigt en plein milieu du gâteau pour le lécher ensuite avec gourmandise devant toute la famille !



C'est aussi avec une certaine gourmandise que j'ai accepté de présider ce groupe de concertation, à la fois pour le menu proposé – des auditions et des débats passionnants, mais aussi pour les convives – des participants venant d'horizons variés. Je remercie chaleureusement les membres du groupe pour leur participation active et créative : merci pour la richesse de nos échanges ! Je remercie également Nicole Bohic, Vice-Présidente, ainsi que le secrétariat du CNA, et notamment Mauranne Lachaise et Cecilia Di Loreto : merci pour la bonne humeur de nos réunions !

Bien manger est un élément clef du « bien vieillir ». Bien manger, ce n'est pas seulement satisfaire les besoins nutritionnels de l'organisme, c'est aussi maintenir le plaisir sensoriel et le lien social durant et autour des repas. Mais c'est aussi permettre aux personnes âgées de rester actrices de leur alimentation, dans la mesure de leurs capacités préservées : ne pas faire pour, mais faire avec. Comme le disait avec justesse le Dr Monique Ferry, qui a beaucoup œuvré pour faire connaître les enjeux de l'alimentation chez les personnes âgées : « Pas de retraite pour la fourchette ! ».

C'est sur ces mots que je vous souhaite une bonne lecture de ce document et que j'espère que les 40 recommandations aboutiront à des mesures concrètes, à la hauteur du respect que nous devons à nos aînés.

Le mot de la vice-présidente, Nicole Bohic



Le présent avis est le fruit d'une concertation conduite avec enthousiasme aux côtés de Claire Sulmont-Rossé et le secrétariat interministériel du CNA. Il prend en compte les personnes quels que soient leurs parcours de vie et de santé – nous étions vigilants à nous rappeler collectivement que « la » personne âgée n'existe pas - et il intègre l'importance d'anticiper l'impact de l'alimentation sur le bien-vieillir dès la mi-vie (40-55 ans).

C'est dans cette perspective dynamique que les membres du groupe de concertation ont partagé leurs expertises et expériences. La tenue d'auditions d'expert(e)s a nourri des débats favorisés par des méthodes novatrices d'animation de groupe. Ce processus a permis d'allier créativité, écoute de chacun et rigueur scientifique.

C'est un honneur pour moi d'avoir pu prendre part à ces travaux, j'ai retrouvé un de mes premiers sujets d'intérêt en qualité de médecin, l'approche de santé publique qui m'est chère, un haut niveau scientifique et une dimension sociétale portée par tous avec une vigilance constante pour le respect des droits et des choix des personnes.

Bonne lecture à toutes et tous !

Table des matières

Partie I – Chapitre introductif	8
1. Contexte de travail	8
1.1. Contexte général et mandat de travail	8
1.2. Pilotage et composition du groupe.....	9
1.3. Modalités de travail	9
2. Définitions	10
3. Les chiffres clés.....	14
3.1. Vieillesse de la population.....	14
3.2. État des lieux de santé des personnes de plus de 65 ans en France	15
3.3. Chiffres liés à l'aide	15
3.4. Chiffres liés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées	16
Partie II – Constats et enjeux	18
1. Axe 1 - L'alimentation : un facteur important du bien vieillir.....	18
1.1. Enjeux nutritionnels.....	18
1.1.1. Vieillesse et besoins nutritionnels.....	18
1.1.2. Vieillesse et composition corporelle.....	21
1.1.3. Vieillesse et appétit	23
1.1.4. Vieillesse et hydratation	24
1.1.5. Sarcopénie et dénutrition : des maladies associées à des apports alimentaires inadaptées.....	24
1.1.6. Alimentation et activité physique	27
1.2. Enjeux sociaux	27
1.2.1. Les « goûts sociaux » et les facteurs de transformation	27
1.2.2. Les rôles sociaux	28
1.2.3. Représentation sociale du lien entre alimentation et bien-vieillir	30
1.3. Promouvoir l'alimentation comme vecteur du bien-vieillir	31
1.3.1. L'enjeu de l'information auprès des personnes âgées et de leurs proches.....	31
1.3.2. L'enjeu de la formation auprès des personnels médicaux et sociaux et des aidant(e)s.....	33
2. Axe 2 - L'alimentation des personnes âgées : les enjeux du quotidien	33
2.1. L'approvisionnement alimentaire	33
2.1.1. Facteurs économiques	33
2.1.2. Facteurs physiques.....	34

2.1.3.	Facteurs sociaux.....	35
2.2.	Le contenu de l'assiette	36
2.2.1.	Une alimentation plaisir.....	36
2.2.2.	Une alimentation adaptée aux difficultés.....	37
2.3.	L'environnement du repas	40
2.3.1.	Isolement social	40
2.3.2.	Convivialité vs. Commensalité	41
2.4.	Focus sur le portage de repas à domicile.....	42

3. Axe 3 - L'alimentation des personnes âgées : contexte politique et social 43

3.1.	Les politiques publiques en lien avec l'alimentation des personnes âgées	43
3.1.1.	Des politiques publiques à destination des personnes âgées qui ciblent peu l'alimentation	43
3.1.2.	Des politiques publiques de l'alimentation et de la nutrition	45
3.1.3.	Des politiques publiques encore insuffisamment orientées vers la prévention	46
3.2.	La prise en compte spécifique de la dimension environnementale pour l'alimentation des personnes âgées ⁴⁷	
3.2.1.	Circuits d'approvisionnement durables et de qualité : où en est-on ?.....	47
3.2.2.	Végétalisation de l'alimentation : intérêt et limites	48
3.2.3.	La lutte contre le gaspillage alimentaire : un levier encore peu exploité.....	50
3.3.	Les services et structures d'aide à la personne âgée	52
3.3.1.	Inégalités territoriales.....	52
3.3.2.	Un besoin d'accompagnement coordonné des personnes âgées toujours d'actualité	53
3.3.3.	Contraintes économiques	54

Partie III – Recommandations clés	56
Partie IV – Tableau des recommandations	60
Partie V – Suivi de l'avis	74
Annexes.....	75

1. Contexte de travail

1.1. Contexte général et mandat de travail

Le sujet de l'alimentation des personnes âgées a été régulièrement mis en avant par les membres du CNA qui l'identifient comme un enjeu majeur de santé publique et social. À tous les âges de la vie, l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir. En mars 2023, le CNA s'est autosaisi sur ce sujet afin d'émettre des recommandations pour une meilleure alimentation des personnes âgées, ainsi que des propositions d'actions favorables à la préservation de leur santé et de leurs liens sociaux.

Le mandat du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » (voir annexe 2), adopté le 7 juillet 2023, proposait au CNA l'objectif d'émettre des recommandations pour une meilleure alimentation des personnes âgées, dans un contexte d'augmentation de la part de personnes de plus de 60 ans dans la population, ainsi que des propositions d'actions favorables à la préservation de la santé et aux liens sociaux des personnes âgées.

Afin de répondre à cet objectif, il était attendu que le groupe élabore un avis permettant :

- de faire un état des lieux de l'existant, selon une approche Une seule santé et en identifiant les politiques publiques mises en place concernant l'alimentation pour prévenir les troubles et maladies liés :
 - à l'âge (comme la dénutrition, la sarcopénie¹, l'ostéoporose et les maladies neurodégénératives, les troubles bucco-dentaires),
 - aux apports nutritionnels (carences en protéines et autres nutriments),
 - ainsi qu'aux difficultés pour s'alimenter engendrées par les maladies chroniques (diabète, cancer, etc.) ;
- de rendre compte du rôle de l'alimentation dans le maintien du lien social et de l'autonomie ;
- d'identifier les leviers d'action pour améliorer l'environnement alimentaire des personnes âgées en institution et à domicile et leur assurer un meilleur accès à une alimentation saine et durable dans un contexte de plaisir et de convivialité. En particulier, étudier la question de l'accessibilité économique pour les personnes âgées défavorisées et la question de la restauration collective en EHPAD en identifiant les retards accumulés par rapport à la loi EGAlim et les leviers pour les combler.

Les recommandations devant s'adresser aux décideurs publics comme privés.

Pour mener cette réflexion, le groupe de concertation devait notamment s'appuyer sur :

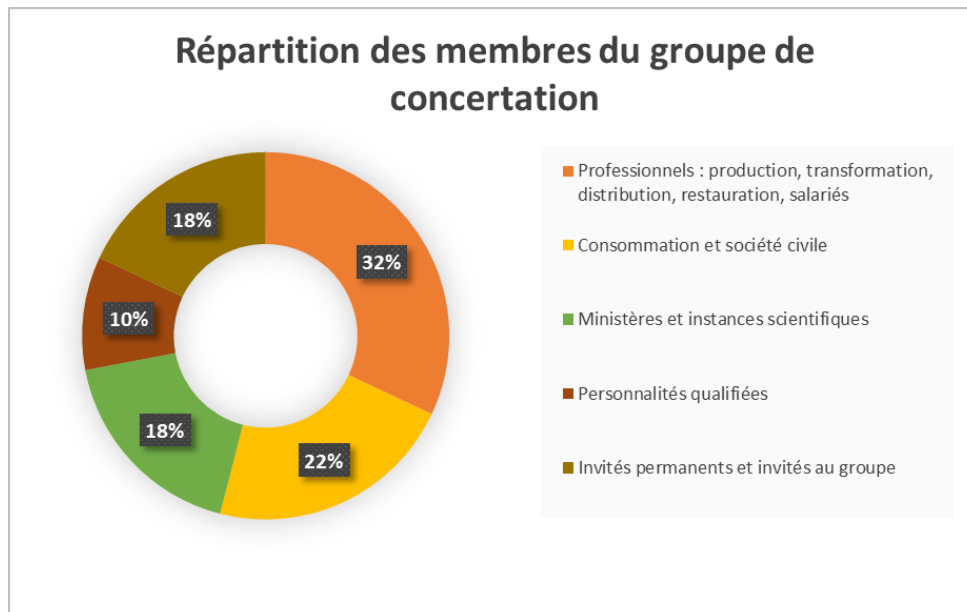
- les précédents avis du CNA, notamment « Besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques » (avis 53), « Alimentation en milieu hospitalier » (avis 78), « Alimentation favorable à la santé » (avis 81), « Éducation à l'alimentation » (avis 84) et « Nouveaux comportements alimentaires » (avis 90) ;
- les études et publications récentes sur l'alimentation et les habitudes alimentaires des personnes âgées (dont les travaux d'INRAE, de l'Inserm, du HCSP et de la HAS) ;
- les plans nationaux alimentation et nutrition (en particulier le PNNS 2019-2023 et le PNA 2019-2023).

¹ Définition dans la [partie 1.1.5](#) du présent avis.

1.2. Pilotage et composition du groupe

La présidence du groupe de concertation a été assurée par Mme Claire Sulmont-Rossé et Mme Nicole Bohic en a assuré la vice-présidence. Elles ont régulièrement rendu compte de l'état d'avancement des travaux du groupe devant le CNA plénier. Le travail de coordination et de suivi a été assuré par le secrétariat interministériel du CNA, rapporteur des travaux.

Le groupe était composé de 50 structures inscrites représentant les différentes parties prenantes du CNA. D'autres acteurs et actrices ont également été invité(e)s à participer au groupe pour apporter leur éclairage sur le sujet. La composition précise du groupe de concertation figure en annexe 3.



1.3. Modalités de travail

Concertation

En amont du lancement de la concertation, un dossier d'informations préalable visant à rassembler des définitions, chiffres clés, tendances principales et mesures en place a été mis à disposition des membres du groupe de concertation.

Pour préparer et enrichir les débats en vue d'élaborer des recommandations, le groupe a d'abord conduit différentes auditions d'expert(e)s permettant d'identifier et d'approfondir les enjeux économiques, sociaux, nutritionnels et d'apporter un éclairage sur les comportements alimentaires des personnes âgées. Des intervenant(e)s ont également été convié(e)s pour présenter des points d'étape sur les politiques publiques en lien avec le mandat de travail de ce groupe, ainsi que des porteurs et porteuses de projets ayant un impact sur l'alimentation des personnes âgées. Ces auditions sont listées en annexe 4.

Pour affiner l'angle de réflexion et élaborer le projet d'avis, plusieurs modalités de travail ont été mises en place lors de la phase de concertation :

- un atelier participatif sous la forme d'un « Café du monde » a été organisé afin de définir les constats et enjeux prioritaires pour le groupe ;
- des temps de travail en sous-groupes ont permis aux membres du groupe d'élaborer des recommandations sur la base des constats et enjeux priorités ;
- les deux dernières réunions de concertation ont été consacrées au suivi et à la valorisation de l'avis afin de permettre aux membres du groupe de participer aux orientations post-publication.

La réunion de lancement ainsi que les réunions de concertation se sont déroulées en présentiel tandis que les quatre auditions se sont tenues en visioconférence.

Élaboration du projet d'avis

La rédaction de l'avis s'est appuyée sur des éléments qualitatifs issus des échanges entre les membres du groupe de concertation et des auditions d'expert(e)s. Lorsque cela était possible, des éléments quantitatifs issus de travaux scientifiques et d'études ont été cités pour appuyer les constats et enjeux identifiés.

Articulation avec les travaux du groupe de concertation du CNA « Mieux communiquer et informer pour prévenir le risque sanitaire des pratiques alimentaires »

La concertation du groupe "L'alimentation comme vecteur du bien vieillir" s'est tenue en parallèle de celle portant sur "Mieux communiquer et informer pour prévenir le risque sanitaire des pratiques alimentaires". Le groupe de concertation « risques » a pour mission d'organiser une réflexion et d'émettre des recommandations sur l'amélioration de la communication et de l'information sur les risques sanitaires liés aux pratiques alimentaires et les bonnes pratiques d'hygiène au stade du consommateur et de la consommatrice, de l'achat de la denrée à sa consommation, afin de mieux prévenir ces risques en dehors des périodes de crises sanitaires.

Les personnes âgées, résidant par la grande majorité à domicile², font partie des populations les plus à risque et vulnérables concernant les intoxications alimentaires. Dans un souci de cohérence il est donc apparu nécessaire d'articuler les travaux de ces deux groupes de concertation. Pour ce faire, le GC « bien vieillir » a remis une note de positionnement sur les points d'attention à avoir dans le cadre d'une communication à l'égard des personnes âgées sur le sujet du risque sanitaire des pratiques alimentaires à domicile (Annexe 4).

2. Définitions

La population cible : personnes âgées, seniors, vieux, vieilles ?

Plusieurs expressions et mots sont utilisés pour désigner les « personnes âgées » mais ils ne recouvrent pas toujours des mêmes réalités. Par exemple, certains renvoient à l'âge comme "3ème" et "4ème" âges ou aux expressions "avancée en âge" ou "personnes âgées". La question qui se pose alors est : à partir de quand devient-on âgé ? Pour le Conseil économique, social et environnemental (CESE), d'autres expressions comme "sages" ou "ainé(e)s" « introduisent des éléments positifs (le recul, le savoir, la sagesse) pour contrecarrer les "moins" qu'on associe à l'âge (moins d'aptitude, moins de résistance...) »³. Tandis que d'autres expressions « montrent la centralité dans nos sociétés du lien au travail : c'est le cas bien sûr du mot "retraité(e)" (qui renvoie aux droits de la personne qui a travaillé et qui ne préjuge pas de l'âge de la personne) mais aussi plus récemment du terme "senior" qui est une réaction à la représentation trop négative du vieillissement au travail »⁴. Et pour finir il y a les expressions "vieillesse" et "vieux" ou "vieille" qui sont parfois utilisées, mais alors à « quel âge est-on vieux ? »⁵.

Le terme "sujet âgé", qui est souvent utilisé dans le domaine médical, fait quant à lui référence à trois grandes catégories de personnes âgées : les personnes qui vieillissent en bonne santé, les sujets âgés fragiles et les sujets âgés atteints d'une ou le plus souvent de plusieurs pathologies nécessitant un accompagnement sanitaire, médico-social et social⁶.

² 96 % des hommes et 93 % des femmes de 65 ans et plus en 2016) - Insee, « Fiche 5.2 – Perte d'autonomie », Insee Références, édition 2022.

³ CESE, « [La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement](#) », 2023.

⁴ *Idem, ibidem*.

⁵ Ennuyer B., « [À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus](#) », *Gérontologie et société*, 2011/3 (vol. 34 / n° 138), p. 127-142. DOI : 10.3917/g.s.138.0127.

⁶ CNA, « Les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques », Avis n°53, 2005.

Concernant la désignation des personnes ciblées par les recommandations nutritionnelles, il existe là aussi différentes utilisations. Le Haut conseil de santé publique (HCSP) dans son rapport de 2021 sur les recommandations nutritionnelles pour les personnes âgées propose des critères d'âge pour les termes "sénior", "personnes âgées" et "grand âge" : « le croisement entre des critères d'âge et d'état de santé a conduit le Centre d'analyse stratégique (CAS) en 2010 à considérer trois groupes d'âge : les "séniors" entre 50 et 75 ans, les "personnes âgées", au-delà de 75 ans et enfin le "grand âge" au-delà de 85 ans »⁷. En ce qui concerne les recommandations sur l'alimentation du Programme National Nutrition Santé (PNNS), les personnes âgées ont des recommandations spécifiques à partir de 75 ans. La Haute autorité de santé (HAS), quant à elle, a publié en 2021 un rapport sur le « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus ». Dans un rapport de 2022⁸, l'European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), il est précisé en introduction que les personnes âgées sont généralement définies comme étant âgées de plus de 65 ans.

Pour les personnes en situation de handicap, le seuil de 50 ans peut être retenu, à partir de l'hypothèse d'une forme de vieillissement précoce spécifique à certains types de handicap. Les données indiquent clairement une poursuite des évolutions démographiques observées ces dernières années, avec un vieillissement de plus en plus important des populations relevant d'un dispositif médicosocial, qu'il s'agisse d'un établissement ou d'un service. Le nombre d'établissements du champ du handicap accueillant des personnes âgées de 50 ans et plus a ainsi augmenté de 57,8 % entre 2010 et 2014. Les données relatives aux moyennes d'âge en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) laissent entrevoir, dans les prochaines années, une arrivée massive de travailleurs et travailleuses à l'âge de la retraite⁹.

Par ailleurs, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), analyse la répartition des personnes qui sont dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées en fonction de l'âge, du sexe ou du niveau de dépendance. Les tranches d'âge de la Drees démarrent à partir de moins de 70 ans (puis de 70 à 74 ans, de 75 à 79 ans et ainsi de suite) jusqu'à 95 ans ou plus¹⁰. Ce sont les mêmes tranches d'âge pour les personnes vivant à domicile.

Par conséquent, pour le groupe de concertation l'utilisation de "personnes âgées" est semble-t-il l'expression la plus adéquate pour désigner l'ensemble des personnes concernées par la finalité de la concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » sachant que la préservation de la santé et de la participation à la vie sociale des adultes commence bien avant l'âge de la retraite et doit particulièrement se renforcer dès le milieu de la vie (cf. les travaux de Santé publique France¹¹) et se poursuivre tout au long des décennies suivantes.

Focus sur l'hétérogénéité de la population âgée

Une "personne âgée" est d'abord un individu qui comme tous les adultes a des spécificités irréductibles, des habitudes, une histoire familiale et personnelle et/ou un passé professionnel. Les personnes âgées présentent une grande diversité de profils en lien avec des positions sociales occupées avant la retraite, mais également des parcours de vie, des états de santé, en fonction de leur genre, etc.¹². Ce peut être aussi des personnes qui peuvent présenter une altération de leurs capacités physiques ou cognitives, différentes d'une personne à une autre et avec un degré différent d'atteinte de leur autonomie fonctionnelle et/ou décisionnelle. Le terme personne âgée ou sénior recoupe donc différentes réalités car il n'y a pas une personne âgée mais des personnes âgées. On retrouve d'ailleurs plusieurs générations au sein de la catégorie des personnes âgées. Cette hétérogénéité est observable

⁷ Haut Conseil de la santé publique, « Révision des repères alimentaires pour les personnes âgées », 2021.

⁸ ESPEN, « [ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics](#) », 2022.

⁹ Delporte, M., Chamahian A., « Le vieillissement des personnes en situation de handicap. Expériences inédites et plurielles ». Dans *Gérontologie et société* 2019/2 (vol. 41 / n° 159), p. 9-20

¹⁰ Drees, « [Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées - Premiers résultats de l'enquête EHPA 2019](#) », 2022, p.4.

¹¹ Santé publique France, « Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie », 30 Novembre 2022, consulté le 29 avril 2024. URL : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perde-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>.

¹² Audition de Sonia Bouima, Socio-anthropologue, PhD - Chercheuse associée au laboratoire S2HEP de l'Université Lyon 1 - Fondatrice de Humaneaty, le 9 novembre 2023.

également dans la diversité des rapports que les personnes âgées entretiennent avec leur alimentation. Par exemple, on observe une grande variabilité au niveau de l'appétit, de la socialisation ou du rapport avec le plaisir selon le lieu de domiciliation, par exemple. Par ailleurs, les habitudes alimentaires évoluent avec l'avancée en âge, en fonction des situations, des générations ou des relations intergénérationnelles et sont influencées par le métier, la culture, la religion, l'histoire familiale ou personnelle, ou encore les moyens financiers dont on a disposé au cours de la vie.

Dans le cadre d'une politique publique, ces disparités obligent à considérer la population âgée comme toute population adulte nécessitant des démarches tout aussi complexes de sensibilisation afin de s'extraire d'une approche trop souvent simplifiée des besoins et désirs de la population âgée. En effet, il faut arriver à cibler sans généraliser pour ne pas stigmatiser. Se pose alors l'enjeu d'adopter une approche de l'avancée en âge davantage centrée sur l'individu en se référant par exemple aux préférences et habitudes alimentaires et relationnelles des personnes forgées tout au long de la vie.

C'est par cette approche que le groupe a choisi de mener sa concertation, c'est-à-dire de partir de l'individu pour traiter du collectif tout en cherchant systématiquement à veiller aux droits des personnes et à leur dignité. À titre d'exemple, le groupe de concertation a mis en exergue l'importance de l'accès, adapté si besoin, à des informations de qualité.

Les établissements accueillant les personnes âgées

Les établissements qui accueillent les personnes âgées sont principalement les « établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), les résidences autonomie [qui doivent depuis 2015 prévoir une ou plusieurs conventions avec des EHPAD voisins] et les unités de soins de longue durée » (cf. Insee¹³). Ces établissements sont autorisés par l'Agence régionale de santé (ARS) et le Conseil départemental uniquement. Il existe également d'autres établissements comme les résidences services seniors (RSS), les colocations et les habitats inclusifs qui sont peu réglementés bien qu'ils accueillent parfois un public vulnérable (comme les habitats inclusifs spécialisés Alzheimer par exemple).

L'allocation personnalisée d'autonomie

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation qui participe au financement des dépenses d'aide auxquelles font face les personnes de 60 ans ou plus en perte d'autonomie, qu'elles résident à domicile ou en établissement. Elle est ouverte aux personnes classées dans les groupes iso-ressources (GIR) 1 à 4 (cf. Insee). Aux termes de l'article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles, « toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie - APA - permettant une prise en charge adaptée à ses besoins ». L'APA est destinée aux personnes qui, « [...] nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière »¹⁴. Il n'y a pas de condition de ressources à respecter pour obtenir l'allocation personnalisée d'autonomie. En revanche, le montant dépend du niveau des revenus du ou de la bénéficiaire¹⁵.

Le groupe iso-ressources

Le groupe iso-ressources (GIR) « correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Il est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources (AGGIR). Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible »¹⁶.

¹³ Insee, France, Portrait social, Edition 2022. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6535259?sommaire=6535307>

¹⁴ Article L.232-1 du code de l'action sociale et des familles.

¹⁵ Service Public : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F11678>

¹⁶ Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, « [Comment le GIR est déterminé ?](#) », 23 Novembre 2022.

✦ Dépendance et perte d'autonomie

La « dépendance des personnes âgées est définie pour la première fois [dans] la loi du 24 janvier 1997¹⁷ [...] [et fait] référence au besoin, pour une personne d'être aidée dans les actes ordinaires de la vie »¹⁸. L'autonomie est, pour une personne, la faculté de se déterminer par soi-même, d'agir librement (CNRTL, 2015). La perte d'autonomie serait alors le fait de ne plus avoir cette capacité décisionnelle. Dans le champ de la gérontologie ce terme est le plus souvent utilisé pour traiter de la perte d'autonomie fonctionnelle (pour la réalisation des actes de la vie quotidienne) et non dans le sens premier d'autonomie décisionnelle.

Ainsi « les termes de "dépendance" et de "perte d'autonomie" peuvent tous deux s'appliquer à un certain nombre de situations, mais ils ne sont pas substituables en général : une personne peut avoir besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne sans pour autant avoir perdu son autonomie, au sens de capacité de pouvoir faire des choix et d'auto-détermination »¹⁹. La Drees précise néanmoins que « les termes de "dépendance" et de "perte d'autonomie" ne font pas l'objet d'une définition unique et consensuelle, et leur acception peut donc varier d'une étude à l'autre – les deux termes étant parfois utilisés comme synonymes par certains auteurs »²⁰.

Les maladies avec des troubles neurocognitifs sont actuellement la cause principale de perte d'autonomie²¹.

✦ L'environnement alimentaire

L'environnement alimentaire désigne l'ensemble des éléments extérieurs aux individus ayant une influence sur leurs comportements alimentaires : environnement social (famille, collègues, amis, etc.), environnement physique (quartier, lieu de travail, modes et temps de transports, possibilité de pratiquer un exercice physique, etc.), environnement commercial (commerces alimentaires, offre alimentaire en restauration hors-domicile et dans les lieux de distribution, e-commerce, information sur les produits, marketing et publicité), environnement géographique (variabilités agricoles entre territoires, notamment entre zones urbaines et rurales), environnement éducatif²² (programmes scolaires en lien avec l'alimentation, transmission d'informations relatives à l'aliment proposé, à ses propriétés et ses conséquences nutritionnelles, sanitaires et environnementales, ainsi qu'aux modes de production, transformation, distribution et préparation des produits), environnement culturel (normes socio-culturelles propres aux groupes d'appartenance, cultures et socialisations alimentaires, etc.).

Ces différents éléments interagissent avec des facteurs individuels (modes de vie, savoir-faire, genre, âge, état de santé, etc.) pour déterminer les attitudes, habitudes et préférences alimentaires des consommateurs et consommatrices et les contraintes auxquelles ils et elles font face. L'environnement alimentaire peut être modifié par les politiques publiques, via des actions qui peuvent cibler ou non l'alimentation (politiques d'alimentation, de santé publique, d'aménagement du territoire, politiques économiques et sociales, culturelles, etc.). Les acteurs et actrices de la chaîne alimentaire ainsi que les citoyen(ne)s jouent également un rôle dans l'évolution de l'environnement alimentaire. (CNA, Avis n°90, 2022)

✦ One Health (« Une seule santé »)²³

Le concept One Health, traduit par « Une Seule Santé », renvoie à une approche systémique initiée en 2008 par l'action conjointe de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de la Food and Agricultural Organisation (FAO) et

¹⁷ Loi du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD).

¹⁸ Drees, « [Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain](#) », Les dossiers de la Drees, décembre 2016, p. 4.

¹⁹ Id., Ibid.

²⁰ Id., Ibid.

²¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, « [Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022](#) ».

²² Extrait de la définition d'une éducation à l'alimentation de l'avis n°84 du CNA (2019) : « L'éducation à l'alimentation s'adresse à « un mangeur pluriel » tout au long de sa vie. De ce point de vue, pendant l'enfance et l'adolescence, elle valorise le rôle de l'école comme acteur principal aux côtés des familles, comme le sont aussi le rôle des acteurs de santé et d'aide sociale durant les mille premiers jours et comme le sont jusqu'aux derniers jours d'une personne, différents acteurs, proches ou médiatisés ».

²³ CNA, « Retour d'expérience e la crise covid-19 » Avis n°89, 2021.

de l'Office International des Epizooties (OIE)²⁴, dans un contexte d'accroissement du risque de zoonose. Celle-ci vise à prendre en compte les interdépendances entre l'état de santé des différents domaines du vivant (des écosystèmes à l'Homme), et à concevoir de manière intégrée les différentes échelles d'action (locale, nationale, européenne et mondiale). Considérer ces interdépendances permet de renouveler l'analyse de la durabilité des systèmes agro-alimentaires. Enfin, ce concept invite à aller vers plus de collaboration et de transversalité pour décloisonner et dé-segmenter les différentes disciplines scientifiques.

Durabilité et Systèmes Alimentaires Durables

Le concept de durabilité, défini comme « la satisfaction des besoins des générations présentes sans compromettre la capacité des générations futures à satisfaire leurs propres besoins »²⁵, connote le programme de développement à l'horizon 2030 déployé par l'Organisation des nations unies (ONU). Le programme vise à réaliser les 17 objectifs de développement durable, dont la durabilité des systèmes alimentaires est un enjeu majeur.

Selon la définition de l'Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture²⁶, un système alimentaire durable est « un système qui assure la sécurité alimentaire et la nutrition pour tous de manière à ne pas compromettre les bases économiques, sociales et environnementales nécessaires pour assurer la sécurité alimentaire et de la nutrition des générations futures »²⁷.

La question de la durabilité, dans ses dimensions sociale, économique et environnementale, touche de manière transversale l'intégralité des réflexions menées dans le cadre du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » du CNA. Plus particulièrement, cette question soulève des enjeux spécifiques pour l'alimentation des personnes âgées d'un point de vue nutritionnel et de santé.

3. Les chiffres clés

3.1. Vieillesse de la population

D'après l'Insee, « au 1^{er} janvier 2022, 14,3 millions de personnes résidant en France ont 65 ans ou plus, soit 21 % de la population. 57 % des personnes âgées sont des femmes et, du fait de leur plus grande longévité, leur part croît avec l'âge : elles représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans, 57 % de celles de 80 ans et 77 % de celles de 95 ans »²⁸.

« La vie à domicile est majoritaire chez les personnes âgées (96 % des hommes et 93 % des femmes de 65 ans et plus en 2016), y compris parmi les nonagénaires. L'hébergement en établissement augmente rapidement à partir de 80 ans : 42 % des femmes et 27 % des hommes à 95 ans, contre 4 % à 80 ans pour les deux sexes »²⁹. « À 90 ans, encore 79 % des personnes résident à domicile »³⁰. En décembre 2019, 59% des personnes bénéficiaires de l'APA, c'est-à-dire considérées comme dépendantes, vivent à domicile³¹. Ce taux est probablement plus important compte tenu de l'importance du non recours à l'APA³² des personnes vivant à leur domicile et au recours systématique en établissement (intégré au mode de tarification).

²⁴ Depuis 2022, il est nommé Organisation Mondiale de la Santé Animale (OMSA).

²⁵ World Commission On Environment and Development, Our Common Future, 1st edition (Oxford ; New York: Oxford University Press, 1987).

²⁶ FAO, « définition des Systèmes Agroalimentaires », URL : <https://www.fao.org/food-systems/fr/>

²⁷ La définition a été reprise aussi dans les avis n° 89 et n°90 du CNA (2021, 2022).

²⁸ Insee, « Femmes et hommes, l'égalité en question », Insee Références, édition 2022.

²⁹ Insee, « Fiche 5.2 – Perte d'autonomie », Insee Références, édition 2022.

³⁰ Insee, « Femmes et hommes, l'égalité en question », Insee Références, édition 2022.

³¹ En décembre 2019, 1 333 541 personnes ont été bénéficiaires payées au titre de l'APA, dont 785 320 à domicile et 548 221 en établissement (Drees, Enquête Aide sociale).

³² Drees, « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ».

D'après l'Insee³³, en 2050, la France métropolitaine comptera de 58 à 70 millions d'habitants selon les différents scénarios retenus. À cet horizon, plus du tiers de la population sera âgée de plus de 60 ans, contre une sur cinq en 2000. La part des plus de 60 ans dans la population totale sera plus élevée que celle des moins de 20 ans dans tous les cas.

3.2. État des lieux de santé des personnes de plus de 65 ans en France

D'après la Drees, « aux premiers rangs des maladies chroniques avec un lourd fardeau [il y a] les pathologies cardio et neuro-vasculaires, les troubles neurocognitifs majeurs (comme la maladie d'Alzheimer), les maladies respiratoires chroniques (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)), le diabète et le cancer du poumon.

Une augmentation de la prévalence des maladies chroniques est attendue dans les prochaines années en raison du vieillissement de la population et de l'amélioration de la survie des malades »³⁴.

3.3. Chiffres liés à l'aide

L'aide et l'action sociales sont majoritairement portées par les collectivités locales. En 2020, « l'aide et l'action sociales représentent 10 % des dépenses de protection sociale. Elles sont financées pour près de la moitié par les conseils départementaux et les collectivités à statut particulier (la collectivité de Corse, la métropole de Lyon, la Ville de Paris et les collectivités territoriales uniques de Guyane, Martinique et Mayotte) et pour un tiers par les organismes de sécurité sociale. Les communes et l'État y contribuent également, mais pour des montants moindres. Les conseils départementaux y consacrent 70 % de leur budget de fonctionnement »³⁵. Fin 2017, les départements ont octroyé 1,5 million de mesures d'aide sociale aux personnes âgées (60 ans ou plus). L'APA en représente les neuf dixièmes. Les dépenses annuelles associées à cette allocation s'élevaient à 5,9 milliards d'euros (Md€) en 2017³⁶.

En décembre 2019, 1 333 541 personnes ont été bénéficiaires de l'APA, dont 785 320 à domicile et 548 221 en établissement (Drees, Enquête Aide sociale). Fin 2020, 9 % des 65 ans ou plus bénéficient de l'APA. Cette part augmente rapidement à partir de 75 ans : de 3 % entre 70 et 74 ans, elle passe à 6 % pour les 75-79 ans, 12 % pour les 80-84 ans, 24 % pour les 85-89 ans, 44 % pour les 90-94 ans et 68 % pour les 95 ans ou plus. Aux âges avancés, les femmes sont beaucoup plus fréquemment dans des situations de dépendance reconnues que les hommes, puisque 14 % d'entre elles perçoivent l'APA entre 80 et 84 ans, 28 % entre 85 et 89 ans et 56 % après 90 ans, contre respectivement 8 %, 17 % et 36 % des hommes³⁷. Les femmes de plus de 65 ans sont plus nombreuses que les hommes et leur part dans la population générale croît avec l'âge³⁸.

À tout âge, les bénéficiaires de l'APA vivent plus souvent à domicile qu'en établissement, excepté pour les femmes de 90 ans ou plus³⁹.

³³ Insee, « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable », 2002.

³⁴ SpF, « Enjeux sanitaires de l'avancée en âge », novembre 2022.

³⁵ Drees, « [L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion](#) », édition 2022.

³⁶ Insee, « [Tableaux de l'économie française](#) », Insee Références, édition 2020.

³⁷ Insee, « [Fiche 5.2 – Perte d'autonomie](#) », Insee Références, édition 2022.

³⁸ « Au 1^{er} janvier 2022, 14,2 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus résident en France, soit 21,0 % de la population. 57 % des seniors sont des femmes et, du fait de leur plus grande longévité, leur part croît avec l'âge : elles représentent 53 % des personnes âgées de 65 ans, 57 % de celles de 80 ans et 77 % de celles de 95 ans. » (Insee, 2022), <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047723?sommaire=6047805>

³⁹ *Ibid.*

En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants sont déclarés par les personnes âgées⁴⁰. En 2015, « 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées⁴¹ régulièrement pour les activités de la vie quotidienne [...]. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses »⁴².

Près de la moitié des personnes âgées aidées le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnel(le)s, le reste recevant à la fois une aide de l'entourage et de professionnel(le)s. Le nombre d'aidant(e)s augmente avec le niveau de besoin d'aide. Environ une femme aidée sur cinq et presque un homme aidé sur deux le sont uniquement par leur conjoint(e). 59,5 % des aidants et aidantes des personnes âgées vivant à domicile sont des femmes⁴³.

3.4. Chiffres liés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées

D'après la Drees, fin 2019, « 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit un nombre très légèrement supérieur à celui de 2015 ». Il existe plusieurs types d'institutions :

- **Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)** : lieux d'hébergement médicalisés et collectifs qui assurent la prise en charge globale de la personne âgée ;
- **Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)** : établissements collectifs non médicalisés destinés à héberger des personnes âgées disposant encore d'une bonne autonomie physique ;
- **Résidences autonomie (anciennement « logements-foyers »)** : établissements proposant un accueil en logement regroupé aux personnes âgées, assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif ;
- **Unités de soins de longue durée (USLD)** : établissements rattachés à des hôpitaux qui assurent un hébergement de longue durée aux personnes âgées dépendantes dont l'état de santé nécessite des soins médicaux lourds et une surveillance médicale constante⁴⁴.

⁴⁰ Drees, « Fiche 13 : La perte d'autonomie et les aidants », [L'aide et l'action sociales en France](#), édition 2020.

⁴¹ D'après l'Insee, « elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses. Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et de l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants. » Source : Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M., « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Drees, Études et Résultats, février 2019.

⁴² Brunel, M., Latourelle, J., Zakri, M., « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Drees, Études et Résultats, février 2019.

⁴³ Drees, « [L'aide et l'action sociales en France](#) », édition 2020.

⁴⁴ Drees, « enquête EHPA », 2015.

Catégorie d'établissement	Part des résidents (en %)						Total
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	
Ehpad	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100
Ehpad privés à but lucratif	17,5	39,3	17,9	18,4	4,3	2,7	100
Ehpad privés à but non lucratif	16,1	35,6	17,0	21,0	5,9	4,4	100
Ehpad publics	18,5	36,0	16,9	20,1	5,4	3,1	100
EHPA	3,5	12,5	14,3	26,5	14,4	28,8	100
USLD	40,2	41,9	9,9	6,5	1,1	0,4	100
Résidences autonomie	0,2	1,4	4,0	17,2	16,1	61,2	100
Ensemble des établissements	16,4	32,4	15,2	19,1	6,5	10,4	100

Lecture > En 2015, 17,6 % des résidents en Ehpad sont classés en GIR 1.
Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte, structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.
Source > DREES, enquête EHPA 2015.

Tableau 1 : Répartition des résidents selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement, au 31 décembre 2015

Parmi les personnes qui fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées, plus de 80 % d'entre elles résident en EHPAD⁴⁵. En 2019, ces établissements « accueillent les résident(e)s les plus âgé(e)s : la moitié des personnes accueillies dans ces établissements ont 88 ans et 7 mois ou plus et seuls 18 % ont moins de 80 ans »⁴⁶. Ces chiffres tendent à évoluer puisqu'entre 2015 et 2019, **la population en établissement a vieilli** (« la moitié des résident(e)s (tous établissements et types d'accueil confondus) en 2015 ont plus de 88 ans, soit 7 mois de moins qu'en 2019 [...] »). « Cette augmentation, en grande partie due à l'allongement de l'espérance de vie, est également le reflet de l'avancée en âge des générations nées dans l'entre-deux-guerres. Ces dernières sont en effet plus nombreuses que celles nées pendant la Première Guerre mondiale, au cours de laquelle la natalité avait baissé ». Dans le même temps, le niveau moyen de dépendance des résident(e)s s'accroît entre 2011 et 2019. En 2011, toutes catégories d'établissement et de modalités d'accueil confondues, 81 % des résident(e)s présentaient un GIR 1 à 4 en 2011 contre 83 % en 2015 et 85 % en 2019⁴⁷.

D'après la Drees, « au 31 décembre 2019, près de 11 000 structures d'hébergement pour personnes âgées proposent 770 000 places d'accueil ». On constate une « augmentation des capacités d'accueil depuis 2007 » et ce, « particulièrement pour les résidences autonomie (+10 % entre 2015 et 2019) »⁴⁸. « Les taux d'occupation sont légèrement plus élevés dans le public – où 98 % des places sont occupées – que dans le secteur privé à but lucratif – avec un taux d'occupation à 94 % ». « Les résidences autonomie accueillent globalement, en proportion de leur nombre total de places disponibles, moins de résident(e)s en 2019 qu'ils n'en accueillait en 2015, une tendance à la baisse déjà observée entre 2011 et 2015, mais qui s'est amplifiée depuis. [...] Au total, fin 2019, 14 % des résident(e)s sont hébergés en résidence autonomie, majoritairement dans des structures publiques. »⁴⁹

⁴⁵ Drees, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », juillet 2022.

⁴⁶ *Idem, Ibidem*

⁴⁷ *Id., Ibid.*

⁴⁸ *Id., Ibid.*

⁴⁹ *Id., Ibid.*

1. Axe 1 - L'alimentation : un facteur important du bien vieillir

1.1. Enjeux nutritionnels

1.1.1. Vieillesse et besoins nutritionnels

Les besoins nutritionnels des personnes de plus de 65 ans sont similaires à ceux d'adultes plus jeunes, et parfois supérieurs. Concernant **l'apport énergétique**, il diminue progressivement avec l'âge, en rapport avec la diminution de l'activité physique et de la masse musculaire. Plus récemment, Volkert et al. (2019) ont établi que l'apport énergétique recommandé chez la personne âgée devait atteindre **30 Kcal par kg de poids corporel par jour**. Ces chiffres sont donnés à titre indicatif : ils varient selon les individus, en fonction de leur niveau d'activité physique, de leur statut nutritionnel et de leur état de santé. Lorsque le poids est régulièrement mesuré et qu'il reste stable, on peut considérer que les apports énergétiques correspondent aux besoins. En revanche, **l'apport en protéines** devrait augmenter chez les personnes âgées. En ce qui concerne **l'apport en protéines**, des travaux menés par le consortium PROT-AGE (Bauer et al., 2013) et par l'ESPEN (Deutz et al., 2014 ; Volkert et al., 2019) recommandent un apport en protéines de **1 à 1,2 g de protéines par kg de poids corporel par jour pour une personne en bonne santé de plus de 65 ans**⁵⁰ contre 0,8 à 1 g par kg de poids corporel et par jour chez les adultes plus jeunes^{51,52}.

Les besoins accrus en protéines chez les personnes âgées peuvent être attribués en partie à une moins bonne assimilation des nutriments par le système digestif et à une augmentation du **seuil anabolique**⁵³, c'est-à-dire à la quantité minimale d'acides aminés nécessaires pour déclencher la synthèse protéique. Autrement dit, les personnes âgées ont besoin d'un apport plus élevé en protéines de qualité et en quantité plus élevée pour stimuler efficacement la synthèse protéique et maintenir la masse musculaire. L'apport en protéine recommandé pour la population des séniors, même pour ceux qui sont en bonne santé, est de **30% supérieur par rapport au reste de la population**⁵⁴.

Dans un avis datant de 2021⁵⁵, le Haut conseil de la santé publique a révisé des repères alimentaires du Programme National Nutrition Santé à destination des personnes âgées. Ce texte souligne **l'hétérogénéité de la population âgée** (robuste, fragile ou dépendante), l'impact du vieillissement et des comorbidités sur la physiopathologie nutritionnelle, le risque de dénutrition et de sarcopénie. Cependant, les repères du HCSP ciblent la population âgée dans son ensemble avec des conseils uniques pour chaque catégorie d'aliment. Le repère alimentaire « lait et produits laitiers »⁵⁶ et les repères sur la consommation de volaille-poisson-œuf ou viande diffèrent pour les personnes âgées par rapport à la population générale adulte⁵⁷.

⁵⁰ Pour l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) la référence nutritionnelle en protéines chez les personnes âgées est de l'ordre de 1 g/kg/j. Source : Anses, « Les protéines ».

⁵¹ Audition d'Agathe Raynaud Simon, gériatre, spécialiste en nutrition, représentante du Collectif de lutte contre la dénutrition au groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir », le 13 décembre 2023.

⁵² L'Anses considère que la référence nutritionnelle en protéines des adultes en bonne santé (RNP) est de 0,83 g/kg/j. Source : « Les protéines » (Anses, 2013).

⁵³ Walrand, S., Guillet, C., Salles, J., Cano, N., & Boirie, Y., « Physiopathological mechanism of sarcopenia », *Clinics in Geriatric Medicine*, 27, 365-385, 2011.

⁵⁴ Audition de Dominique Dardevet, Directeur de Recherche au sein de l'Unité de Nutrition Humaine (INRAe), le 10 janvier 2024.

⁵⁵ HCSP, « Avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées », 18 mai 2021, https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20210518_rvisidesreprealimepourlespersoge.pdf

⁵⁶ L'HCSP (2021) recommande la consommation de 2 à 3 produits laitiers par jour, au lieu de 2 produits laitiers par jour préconisés pour la population générale (SpF, 2019).

⁵⁷ L'HCSP (2021) recommande de consommer de la volaille, du poisson, de l'œuf ou de la viande au moins une fois par jour, de préférence en diversifiant les sources de protéines animales. Pour la population générale, SpF (2019) donne des seuils maximaux pour charcuterie (max 150 g/semaine) et viande (max 500g/semaine hors volaille), des seuils minimaux pour le poisson (2 fois par semaine, dont un poisson gras). Les œufs ne sont pas mentionnés.

La plupart des autres besoins nutritionnels rejoignent ceux de la population générale. Il est donc indiqué de suivre les recommandations nutritionnelles pour la population française (recommandations de Santé publique France).

Nutrition et ostéoporose⁵⁸. L'ostéoporose est caractérisée par une augmentation de la fragilité osseuse liée à une diminution de la densité osseuse et une modification de sa structure, entraînant une augmentation du risque de fractures. L'équilibre entre formation et résorption osseuse varie au cours de la vie. Si l'enfance est une période d'intense formation osseuse (avec un pic de masse osseuse observé autour de 25 ans), la densité minérale osseuse tend à décroître à partir de 40-50 ans et ce de façon de plus en plus marquée avec l'avancée en âge. Le vieillissement est ainsi la première cause d'ostéoporose. La ménopause chez les femmes constitue également une période charnière (particulièrement dans le cas d'une ménopause précoce) du fait de la diminution brutale du taux d'oestrogènes. Les femmes sont ainsi plus à risque d'ostéoporose que les hommes (39 % des femmes autour de 65 ans et 70 % des femmes de 80 ans et plus seraient concernées), même si ce risque ne doit pour autant pas être négligé chez les hommes, ceux-ci représentant environ un quart des fractures ostéoporotiques. En France, on estime qu'environ **5.5 % de la population totale était concernée par l'ostéoporose en 2019**, avec des projections en hausse du fait de l'allongement de la durée de vie et du vieillissement de la population. Des mesures nutritionnelles sont indiquées en première intention pour prévenir le risque d'ostéoporose, à la fois au moment de la formation osseuse pendant l'enfance et l'adolescence, puis tout au long de la vie et particulièrement lors du déclin de la masse osseuse liée au vieillissement. Il s'agit en particulier d'assurer :

- un apport suffisant en calcium (1-1.2g/ jour chez les femmes ménopausées de plus de 50 ans), en privilégiant la consommation d'aliments riches en calcium (produits laitiers mais aussi eaux minérales, produits végétaux et poissons...)
- un apport suffisant en vitamine D (concentration sanguine en 25OHD \geq 30ng/ml), à travers une exposition solaire modérée mais suffisante (compatible avec la prévention des cancers de la peau), la consommation d'aliments riches en vitamine D (poissons gras, œufs, produits laitiers, ...) et/ou une supplémentation dans le cadre d'un suivi médical
- une activité physique régulière et une sédentarité limitée
- une consommation d'alcool limitée

Nutrition et vieillissement cérébral⁵⁹. Le déclin cognitif, progressif avec l'âge, s'accélère avec le vieillissement à cause de l'accumulation de lésions cérébrales de différents ordres et/ou génétiques qui sont responsables des troubles neurocognitifs. Ces derniers **touchent 5 % des personnes à 65 ans, 15 % à 80 ans, pour 1,2 million de cas en France**⁶⁰. Les deux tiers des formes de troubles neurocognitifs sont représentés par la maladie d'Alzheimer⁶¹. Plusieurs nutriments d'intérêt ont été identifiés comme associés à une moindre incidence des troubles neurocognitifs ainsi qu'au déclin cognitif : les acides gras poly-insaturés à longue-chaine (oméga-3), la vitamine D, la vitamine B9 (folates) ainsi que les caroténoïdes et les polyphénols (anti-oxydants). Ces nutriments jouent un rôle sur la structure et le fonctionnement des neurones, sur les fibres de myéline, sur le métabolisme ainsi que la santé vasculaire, sachant que chaque micronutriment a souvent plusieurs fonctions.

- *Oméga-3 à longue chaîne (poissons gras : sardines, maquereau, hareng, saumon*⁶²) : la consommation de poisson riches en Oméga-3 à longue chaîne (oméga-3 acides eicosapentaénoïque (EPA) et docosahexaénoïque (DHA)) est associée à une diminution du risque des troubles neurocognitifs dans les études épidémiologiques observationnelles. Toutefois, l'efficacité d'une supplémentation en oméga-3

⁵⁸ Sources pour le paragraphe : Inserm, [Dossier Inserm sur l'ostéoporose](#) ; HAS, [Note de synthèse de la HAS : Prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose](#), 2006 ; Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, *et al.* Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Rev Rhum. 2018;85:428-440.

⁵⁹ Audition de Cécilia Samieri, Épidémiologiste, Directrice de recherche à l'Inserm dans l'Unité Bordeaux Population Health, spécialisée dans le vieillissement cérébral, le 13 décembre 2023.

⁶⁰ Audition de Cécilia Samieri, le 13 décembre 2023.

⁶¹ OMS, « La démence ».

⁶² PNNS, site « Manger-bouger », consulté le 05 juin 2024, <https://www.mangerbouger.fr/l-essentiel/les-recommandations-sur-l-alimentation-l-activite-physique-et-la-sedentarite/aller-vers/aller-vers-les-poissons-gras-et-maigres-en-alternance>

(sous forme de gélule par exemple) en prévention primaire ou secondaire des troubles neurocognitifs ou du déclin cognitif reste à vérifier dans des études interventionnelles larges. De plus, la relation entre exposition aux contaminants issus des poissons gras et pathologies chroniques chez la personne âgée reste mal connue faute de recherches sur cette question.

- **Vitamine D** : elle provient de l'alimentation (poisson, œuf) pour 20%, mais principalement d'une biosynthèse endogène, sous l'effet de l'exposition solaire. La population âgée est davantage touchée par une déficience en vitamine D que le reste de la population, notamment car la biosynthèse endogène diminue⁶³. L'étude des Trois Cités⁶⁴ a montré qu'un statut déficient en vitamine D (niveau plasmatique de 25(OH)D <25 nmol/L ou 10 ng/ml) est associé à un risque multiplié par près de trois de développer la maladie d'Alzheimer par rapport à un statut suffisant (>50 nmol/L ou 20 ng/ml). Bien que la supplémentation systématique en vitamine D ne fasse pas l'objet de recommandations spécifiques pour la population âgée en France, elle peut être prescrite à partir de la ménopause chez les femmes⁶⁵ et envisagée à partir de 65 ans chez les hommes et les femmes en prévention de l'ostéoporose⁶⁶.
- **Vitamine B9 – folates** (légumes verts à feuilles) : le lien entre apports en folates et risque de troubles neurocognitifs est encore controversé. Des apports importants en folates pourraient notamment avoir des effets délétères en cas d'une déficience associée en vitamine B12.
- **Polyphénols** : certains travaux épidémiologiques suggèrent une relation entre apports en divers polyphénols et un moindre risque de troubles neurocognitifs ou de déclin cognitif⁶⁷ néanmoins la démonstration de l'efficacité d'une supplémentation dans des études interventionnelles est en cours d'étude.

Des travaux récents suggèrent qu'une **approche combinant plusieurs familles de micronutriments** (par exemple, Oméga-3 et caroténoïdes) serait plus prometteuse qu'une approche focalisée sur un seul micronutriment. Autrement dit, la prévention des troubles neurocognitifs et des maladies neurodégénératives doit donc sans doute s'appuyer davantage sur **la promotion de régimes alimentaires protecteurs** (par exemple, le régime méditerranéen, le régime DASH, pour « *Dietary Approaches to Stop Hypertension* », ou le régime MIND, pour « *Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay* » qui combinent de multiples nutriments bénéfiques, plutôt que sur une approche par nutriment).

Les **régimes céto-gènes** visent à augmenter les concentrations plasmatiques de corps cétoniques, comme source d'énergie alternative pour les neurones du cerveau, à la place du glucose (dans les maladies neurodégénératives, un défaut d'utilisation du glucose par les neurones a été mis en évidence⁶⁸). Cet objectif peut être atteint par un régime à très faible teneur en glucides et très riche en graisses ou en complétant un régime normal par des agents céto-gènes, comme les triglycérides à chaîne moyenne. Historiquement, le régime céto-gène a été proposé aux enfants souffrant d'épilepsies sévères et réfractaires aux médicaments, avec des résultats parfois intéressants. En revanche, il n'existe actuellement aucune preuve convaincante d'un bénéfice sur les fonctions cognitives en cas de trouble neurocognitif. De plus, les régimes céto-gènes sont très difficiles à mettre en œuvre et limitent considérablement les choix alimentaires, avec une augmentation du risque de dénutrition⁶⁹.

Il est important de noter que les recommandations européennes concernant l'alimentation et la nutrition des personnes souffrant de troubles neurocognitifs publiées en 2024⁷⁰ signalent un niveau de preuve faible de

⁶³ Un statut suffisant en vitamine D correspond à plus de 50 nmol/L de vitamine D circulante ; entre 25 et 50 on parle d'insuffisance et à moins de 25 on parle de déficience. [Cécilia Samieri, audition du 13 décembre 2023]

⁶⁴ Pour plus de détails sur l'étude : <https://the-three-city-study-3c.com/>, consulté le 12 Avril 2024

⁶⁵ L'assurance maladie, <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/menopause/traitements>, consulté le 12 Avril 2024

⁶⁶ Benhamou C.-L. et al. « La Vitamine D Chez l'adulte : Recommandations Du GRIQ », *La Presse Médicale* 40, n° 7/8, juillet 2011.

⁶⁷ Lefèvre-Arbogast S. et al., « Pattern of Polyphenol Intake and the Long-Term Risk of Dementia in Older Persons », *Neurology* 90, n° 22 (29 mai 2018): e1979-88, <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000005607>.

⁶⁸ Lilamand M. et al., « Efficacy and Safety of Ketone Supplementation or Ketogenic Diets for Alzheimer's Disease: A Mini Review », *Frontiers in Nutrition* 8 (17 janvier 2022): 807970, <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.807970>.

⁶⁹ Volkert et al., 2024.

⁷⁰ Idem, Ibidem.

l'efficacité des interventions nutritionnelles avec des nutriments spécifiques sur les fonctions cognitives. Ainsi, les compléments nutritionnels oraux spécifiquement destinés aux troubles neurocognitifs, le régime cétogène et la supplémentation en acides gras oméga-3 ne sont pas recommandés de manière systématique. Les vitamines ne sont recommandées qu'en cas de carence(s) avérée(s) ou suspectée(s). En revanche, les produits combinant Oméga-3 à longue chaîne et vitamines du groupe B pourraient être bénéfiques sur le long terme et ont un risque minime d'effets indésirables : ces produits peuvent être considérés comme une option pour certains patients, à des stades très précoces de la maladie et après discussion avec un médecin spécialisé.

Vieillesse et microbiote⁷¹. Avec l'avancée en âge, on observe une réduction de la diversité et de la richesse du microbiote intestinal, caractérisée par une diminution des micro-organismes producteurs de substances anti-inflammatoires et une augmentation de bactéries pro-inflammatoires telles qu'*Escherichia coli*. L'alimentation joue un rôle central dans le maintien d'un microbiote intestinal sain chez les personnes âgées. Des régimes comme le régime méditerranéen, riches en fibres (c'est-à-dire les fibres prébiotiques et agents probiotiques issus des aliments fermentés)⁷², sont particulièrement bénéfiques car ils favorisent la diversité du microbiote et contribuent à réduire les risques de maladies chroniques. La poursuite de la promotion de **régimes diversifiés et riches en fibres** représenterait ainsi une voie essentielle pour préserver un microbiote favorable au vieillissement en bonne santé.

1.1.2. Vieillesse et composition corporelle

Les seuils de l'Indice de masse corporelle (IMC) sont les suivants : entre 25,0 et 29,9 kg/m², il existe un surpoids ; entre 30,0 et 34,9 kg/m², il s'agit d'obésité modérée ; entre 35,0 et 39,9 kg/m², il s'agit d'une obésité sévère ; plus de 40 kg/m², on parle d'obésité massive. D'après les données de la Ligue nationale contre l'obésité, on observe une augmentation de l'IMC jusqu'à 75 ans, puis une diminution. Entre 65 et 75 ans, l'IMC moyen est compris entre 26 et 28. Il est assez habituel de prendre une quinzaine de kilos entre 20 et 65 ans. Cette prise de poids, si elle ne conduit pas à un IMC excessif⁷³, n'est pas associée à une augmentation de la mortalité⁷⁴. En revanche, **la perte de poids chez les personnes âgées de plus de 70 ans est associée à une augmentation du risque de dépendance et à une diminution de l'espérance de vie**⁷⁵.

⁷¹ Audition de Joël Doré, directeur de recherche à l'unité Microbiologie de l'Alimentation au service de la Santé (Micalis) et directeur scientifique de l'unité MétaGénoPolis (INRAE), le 13 décembre 2023

⁷² Les probiotiques sont des microorganismes vivants (bactéries, levures...) naturellement présents dans des aliments fermentés ou absorbés sous forme de compléments alimentaires. Les prébiotiques sont des molécules, telles les polysaccharides, dont se nourrissent les probiotiques. Elles sont naturellement présentes dans les aliments riches en fibres et ne sont pas directement utilisables par les êtres-humains. Source : <https://www.inserm.fr/c-est-quoi/reflorir-ou-faire-florir-c-est-quoi-probiotiques-et-prebiotiques/>, 24 Aout 2020, consulté le 26 juillet 2024.

⁷³ La mortalité est moins fortement associée à l'IMC après 70 ans que chez les adultes plus jeunes. Après 65 -70 ans, l'IMC à partir duquel on commence à avoir une association statistiquement significative avec la mortalité est plutôt 32, mais le « sur risque » n'est pas majeur. (Winter, J.E. et al., « *BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis* », *The American Journal of Clinical Nutrition*;99(4):875-890, 2014 doi: 10.3945/ajcn.113.068122.)

⁷⁴ Dirren H.M., « *Euronut-Seneca : A European Study of Nutrition and Health in the Elderly* », *Nutrition Reviews* 52, n° 8 (1 août 1994): 38-43, <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1994.tb01447.x>.

⁷⁵ Wallace J.I. et al., « *Involuntary weight-loss in older outpatients - incidence and clinical-significance* », *Journal of the American Geriatrics Society*, n°43 (1995) : 329-337.

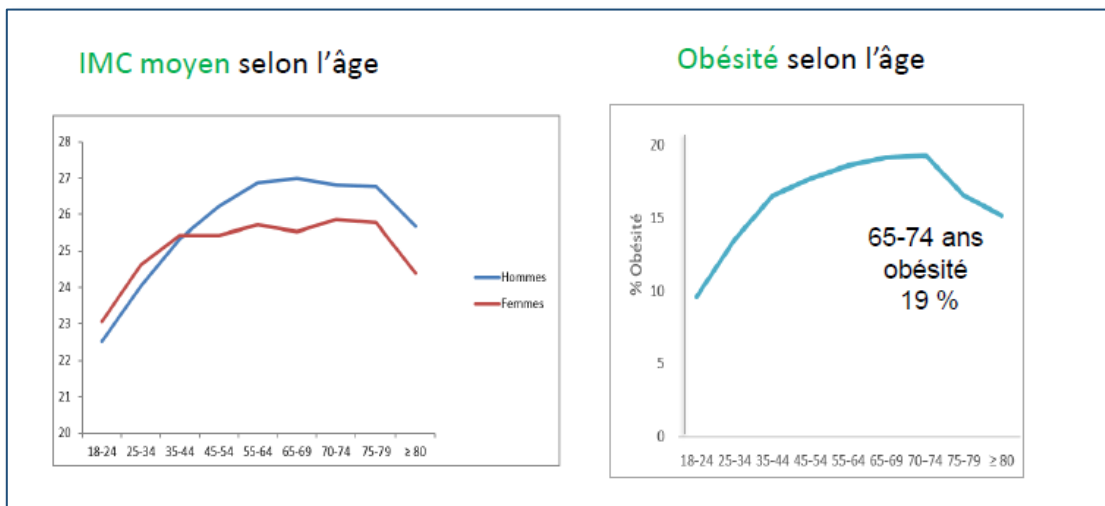


Figure 1. Variation de la corpulence avec l'âge. Source : audition d'Agathe Raynaud-Simon du 13 décembre 2023 sur la base Obépi-Roche, 2022 de la Ligue contre l'obésité (calculs Annick Fontbonne, non publiés).

Avec l'avancée en âge, on observe une augmentation de la masse grasse et une diminution de la masse musculaire et osseuse. Au-delà de 75-80 ans, on observe une diminution à la fois de la masse grasse et de la masse maigre. En parallèle de ces modifications quantitatives, on a également des modifications qualitatives du tissu musculaire qui conduisent à une baisse de la force musculaire⁷⁶.

Au-delà de 70 ans, la **balance bénéfice-risque d'un régime restrictif doit être soigneusement réfléchi**. En particulier, un régime amaigrissant va s'accompagner d'une perte de la masse musculaire, et compromettre les capacités fonctionnelles et la santé de la personne⁷⁷. Les alimentations pauvres en sucre, en sel ou en graisses sont susceptibles de s'accompagner d'une diminution spontanée de prise alimentaire, avec une augmentation du risque de dénutrition chez les personnes âgées⁷⁸. De plus, la SFNCM⁷⁹ dans ses recommandations de 2019⁸⁰ précise de ne pas combiner plus de deux alimentations thérapeutiques restrictives en raison du risque de dénutrition. Plus largement, une restriction calorique, protéique, glucidique ou le jeûne intermittent ne sont pas des pratiques conseillées au vue du risque de dénutrition chez les personnes âgées. Dans le cadre de la lutte contre la dénutrition, il est recommandé que le jeûne nocturne ne doive pas dépasser 12 heures d'autant plus que les dîners peuvent être insuffisamment consommés par certaines personnes âgées. En effet, pour maintenir une glycémie normale à distance des repas, l'organisme doit puiser dans ses réserves (tissu adipeux, foie, muscle). Les réserves de glycogène, complexe de glucose rapidement accessible, sont faibles et rapidement épuisées. Le tissu adipeux ne peut libérer de l'énergie qu'assez lentement. Ainsi, lorsque le jeûne nocturne est prolongé, l'organisme puise dans le tissu musculaire pour libérer des acides aminés glucoformateurs. La masse musculaire est ainsi érodée chaque nuit et la diminution de l'anabolisme musculaire chez les personnes âgées limite la capacité à refaire du muscle dans la journée. Si l'adaptation des horaires des repas s'avère difficile à mettre en œuvre, une collation nocturne (laitage, compote, biscuit...) pourrait limiter la durée du jeûne nocturne chez ces personnes⁸¹.

⁷⁶ Audition de la Dr Sophie Guyonnet, IHU HealthAge, Directrice des Programmes, Responsable Cohorte Translationnelle Inspire-T, CHU Toulouse, Cité de la Santé, Inserm UMR1295, Equipe Vieillesse MAINTAIN, le 31 janvier 2024.

⁷⁷ Volkert D. et al., 2024.

⁷⁸ Zeanandin G. et al., « Impact of Restrictive Diets on the Risk of Undernutrition in a Free-Living Elderly Population », *Clinical Nutrition* 31, n° 1, février 2012.

⁷⁹ Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

⁸⁰ Wilson et Morley, « Invited Review ».

⁸¹ Groupe d'Etude des Marchés de Restauration Collective et Nutrition (GEM-RCN), juillet 2015 ; HAS, 2007, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/denuitration_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf

1.1.3. Vieillesse et appétit

Avec l'avancée en âge, de nombreux facteurs⁸² peuvent entraîner une **baisse d'appétit ou une altération de la prise alimentaire**. Il convient de noter que la survenue et l'intensité de ces facteurs varient fortement d'une personne âgée à l'autre, en fonction de son capital génétique, de ses modes de vie et de sa trajectoire de vie et de vieillissement en particulier. Ceci contribue fortement à l'hétérogénéité de la population âgée.

Changements physiologiques⁸³. Le vieillissement peut s'accompagner de changements gastro-intestinaux (par exemple : ralentissement de la vidange gastrique) et hormonaux (augmentation de production de facteurs anorexigènes et de facteurs orexigènes)⁸⁴ susceptibles d'altérer les mécanismes de régulation de la faim et la satiété. Ces modifications contribuent notamment à l'altération des mécanismes de compensation qui se mettent normalement en place après une période de sous-alimentation (c'est-à-dire qu'après un épisode pathologique aigu ayant entraîné une baisse d'appétit et une perte de poids, une personne âgée aura plus de mal à revenir à son poids de départ qu'une personne plus jeune)⁸⁵.

Troubles bucco-dentaires. Le vieillissement peut s'accompagner d'une altération de la santé bucco-dentaire (perte de dent, diminution de la production de salive, affections parodontales...) susceptible de rendre l'acte alimentaire inconfortable, voir douloureux, et de conduire à l'évitement d'aliments difficiles à mastiquer (fruits et légumes crus, fruits secs, viande).

Troubles chimio-sensoriels. L'âge peut s'accompagner d'une diminution de la capacité à percevoir le goût des aliments (déclin olfactif et/ou gustatif), susceptible d'entraîner une perte d'intérêt pour l'alimentation et une diminution de la variété du régime alimentaire.

Troubles de la déglutition. Le vieillissement, et notamment la survenue d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou de maladies neuro-dégénératives peut s'accompagner de troubles de la déglutition (dysphagie). La dysphagie augmente le risque d'infections pulmonaires, fausses routes et de décès par suffocation. Les troubles de la déglutition nécessitent une prise en charge adaptée (alimentation en texture hachée, mixée ou lisse, boisson solide, aide au repas) et s'accompagnent fréquemment d'une baisse d'appétit.

Changements psycho-sociologiques. La vie d'une personne âgée peut être marquée par des « moments de rupture » susceptibles de bouleverser ses habitudes alimentaires et sa relation avec l'alimentation (baisse d'appétit et de la prise alimentaire, régimes alimentaires monotones). Ces moments de rupture peuvent avoir une origine sociale (veuvage, baisse de revenu...), psychique (solitude subie, vécu d'un stress...) ou physique (survenue d'une pathologie, perte d'autonomie...).

Pathologies et iatrogénie. De nombreuses pathologies ont un impact négatif sur l'appétit et la prise alimentaire (cancer, dépression, pathologies gastro-intestinales, maladies cardio-vasculaires, pathologies pulmonaires, infections chroniques). De plus, de nombreux médicaments sont connus pour avoir un effet délétère sur l'appétit⁸⁶, soit directement, soit indirectement en induisant des troubles chimio-sensoriels (effets secondaires sur l'olfaction et la gustation), bucco-dentaires (bouche sèche, mycoses...) ou digestifs (nausées, vomissement, constipation).

Maladies neuro-dégénératives. La survenue de maladies neuro-dégénératives s'accompagne fréquemment de troubles du comportement alimentaire (baisse d'appétit, refus de s'alimenter, préférences ou aversions alimentaires, déambulation pendant les repas) ou de difficultés à s'alimenter (troubles praxiques, troubles de la déglutition).

⁸² Sulmont-Rossé, C., « Eating in the Elderly », in *Handbook of Eating and Drinking*, éd. par Herbert L. Meiselman (Springer International Publishing, 2020), https://doi.org/10.1007/978-3-030-14504-0_37.

⁸³ Audition de Agathe Raynaud-Simon, le 13 décembre 2023.

⁸⁴ Wilson, M.M., Morley J.E., « Invited review: Aging and energy balance. » *J Appl Physio*, 2003.

⁸⁵ Moriguti, J.C et al. « Effects of a 6-week hypocaloric diet on changes in body composition, hunger, and subsequent weight regain in healthy young and older adults. » *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2000;55(12):B580-7. <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/55.12.b580>

⁸⁶ Si cela est possible, et toujours après en avoir d'abord échangé avec le médecin prescripteur, il est parfois possible de différer la prise de médicaments qui modifient le goût des plats après la prise du repas plutôt qu'en amont.

1.1.4. Vieillesse et hydratation

L'eau joue un rôle essentiel au sein de l'organisme car elle permet aux reins de fonctionner correctement, elle aide à éliminer les déchets issus de l'utilisation des aliments par le corps, elle facilite la régulation de la température corporelle et elle hydrate les cellules et la peau⁸⁷. Pourtant, « **les personnes âgées de plus de 65 ans sont des personnes plus à risque de déshydratation** »⁸⁸ et ce pour plusieurs raisons : « d'une part, la sensation de soif diminue avec l'âge et d'autre part, lorsque l'on est âgé, le corps transpire peu et il a donc du mal à se maintenir à 37°C. La température du corps peut alors augmenter : on risque "le coup de chaleur", c'est-à-dire une fièvre élevée, avec des maux de tête, une forte sensation de soif voire des vomissements et des troubles de la conscience »⁸⁹. Or, « une consommation d'eau insuffisante peut placer le corps dans un état de déshydratation, qui a des conséquences graves sur la santé ». Pour cette raison, en particulier pour les personnes âgées, il est important « d'apprendre à boire sans avoir soif » (il est recommandé de boire 1 litre à 1,5 litre par jour, ce qui correspond environ à une grande bouteille d'eau par jour)⁹⁰.

Par ailleurs, en cas de risque de dénutrition, l'hydratation est à surveiller car les aliments apportent aussi de l'eau⁹¹.

De plus, « les personnes âgées ayant des troubles cognitifs sont tout particulièrement concernées par le risque de déshydratation. Elles ne vont pas forcément penser à boire régulièrement, à se rafraîchir le corps... Les aidant(e)s et les professionnel(le)s ont donc un rôle important à jouer dans la prévention de la déshydratation chez ces personnes ».⁹²

Les signes cliniques, tels que le pli cutané, la sécheresse buccale, la perte de poids ou la couleur des urines sont peu sensibles pour identifier une déshydratation⁹³.

1.1.5. Sarcopénie et dénutrition : des maladies associées à des apports alimentaires inadéquates

Sarcopénie⁹⁴. La sarcopénie décrit la perte de masse et de fonctionnalité musculaire associées à l'avancée en âge. Tous les individus perdent de la masse musculaire dès l'âge de 40-45 ans, mais la perte de masse musculaire peut être accélérée par des facteurs tels qu'une alimentation inadéquate, un manque d'activité physique ou des maladies chroniques telles que les insuffisances d'organes, l'insulino-résistance/diabète, les inflammations chroniques ou le cancer. **La sarcopénie est définie par l'association d'une diminution de la force musculaire et de la masse musculaire en dessous de seuils définis. La sarcopénie est dite sévère quand la diminution de la force et de la masse musculaire entraînent une diminution des performances physiques (vitesse de marche par exemple)**⁹⁵. **La modification de la composition corporelle devient pathologique lorsqu'elle entraîne une diminution de masse, de force et de fonction musculaires.** La sarcopénie touche 25% des personnes de plus de 65 ans et 60% des personnes de plus de 80 ans. Elle touche davantage les hommes que les femmes en début de vieillissement, et elle augmente le risque de dépendance.

⁸⁷ SpF, « La Déshydratation », Manger Bouger, 20 décembre 2021, <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/a-tout-age-et-a-chaque-etape-de-la-vie/adultes-de-plus-de-75-ans/la-deshydratation>.

⁸⁸ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), « Déshydratation : conseils de prévention en prévision des fortes chaleurs », mis à jour le 17 juillet 2023, <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/deshydratation-conseils-de-prevention-en-prevision-des-fortes-chaleurs>

⁸⁹ *Idem, Ibidem*

⁹⁰ SpF, « La Déshydratation », 20 décembre 2021.

⁹¹ *Idem, Ibidem*

⁹² *Id., Ibid.*

⁹³ D'après Volkert et al. (2024), il est recommandé de mesurer l'osmolalité (seuil de déshydratation > 300 mOsm/kg) ou, à défaut, de calculer l'osmolalité plasmatique (osmolalité = 1.86 × (Na+ + K+) + 1.15 × glucose + urée + 14 (tous mesurés en mmol/L) avec un seuil de déshydratation >295 mmol/L.

⁹⁴ Audition de Dominique Dardevet, le 10 janvier 2024.

⁹⁵ Cruz-Jentoft, A.J. et al., « Sarcopenia: Revised European Consensus on Definition and Diagnosis », *Age and Ageing* 48, n° 1 (1 janvier 2019): 16-31, <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>.

Dénutrition⁹⁶. La dénutrition⁹⁷, pathologie reconnue du sujet âgé, correspond à un déséquilibre nutritionnel résultant d'un bilan énergétique et/ou protéique négatif (HAS, 2021). L'un des facteurs principaux du risque de dénutrition est la baisse d'appétit⁹⁸. Les conséquences de la dénutrition, multiples, comprennent entre autres la fonte musculaire et une altération des défenses de l'organisme. Sans prise en charge, elle augmente le risque de chutes, de fractures, d'infections, d'épisodes pathologiques, d'hospitalisations, d'institutionnalisations et de décès (Corti et al., 1994 ; Wallace et al., 1995 ; Raynaud-Simon et Lesourd, 2000 ; Rasheed et Woods, 2013 ; Cederholm et al., 2014). Elle induit ou aggrave un état de fragilité et de dépendance, pour *in fine* affecter la qualité et l'espérance de vie des personnes âgées (Ferry, 2012). **Le taux de dénutrition chez les personnes âgées est supérieur aux autres classes d'âge de la population**, mais varie en fonction du lieu de résidence. À domicile, où le dépistage est plus complexe et la perte de poids banalisée, 4 à 10% des personnes sont dénutris. En EHPAD, le taux estimé est de 15 à 38%⁹⁹. Enfin, à l'hôpital, on estime que 30 à 70% des patients âgés sont dénutris¹⁰⁰. Il convient de noter que ces chiffres, issus d'études épidémiologiques européennes et américaines, commencent à dater (1989-2006) et mériteraient d'être actualisés à travers des études plus récentes. Ainsi, une étude plus récente a montré qu'environ une personne sur deux était dénutrie ou à risque de dénutrition parmi les personnes âgées dépendantes pour leur alimentation (aide à domicile, portage de repas, EHPAD ; Vanwymelbeke-Delannoy et al., 2022 ; Sulmont-Rossé et al., 2022).

Récemment, la Haute autorité de santé a revu **les critères de diagnostic de la dénutrition** (HAS 2021), en s'appuyant sur les recommandations de la GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) groupement d'expert(e) issu(e)s des principales sociétés savantes internationales en nutrition. Ce diagnostic combine critères phénotypiques (perte de poids, IMC inférieur à 22, diminution de la masse ou de la force musculaire) et étiologiques (diminution des apports, absorption réduite, présence d'une pathologie). Le diagnostic de dénutrition nécessite la présence d'au moins un critère phénotypique et un critère étiologique.

Comme le rappelle le Collectif de Lutte contre la Dénutrition, **la perte de poids est l'un des premiers symptômes du risque de dénutrition** et devrait systématiquement alerter la personne, son entourage et les professionnel(le)s de santé qui l'entourent : toute perte de poids brutale ou continue¹⁰¹, à partir de 3 kg¹⁴, doit être interrogée et nécessite une prise en charge. La perte de poids est un critère de diagnostic de dénutrition et probablement le plus sensible.

Les personnes âgées en surpoids ou en obésité ne sont pas épargnées par la dénutrition¹⁰². Ces personnes risquent d'être davantage affectées par les conséquences négatives de la dénutrition, d'une part car la perte de masse musculaire entraîne une redistribution de la graisse corporelle et pénalise d'autant plus les capacités fonctionnelles (moins de muscle pour une masse corporelle à mobiliser plus importante), et d'autre part car l'excès de masse corporelle conduit à sous-estimer et sous-diagnostiquer la dénutrition chez ces personnes.

La Haute autorité de santé (2007) a formulé **des recommandations pour prendre en charge la dénutrition**. Ces recommandations s'appuient sur l'enrichissement des repas (augmenter les apports en protéines et en calories sans augmenter – voir en diminuant – les volumes à ingérer), l'utilisation de Compléments Nutritionnels Oraux, et dans les stades sévères, le recours à la nutrition parentérale et entérale. Chez une personne dénutrie, **les besoins**

⁹⁶ Agathe Raynaud-Simon, Audition du 13 décembre 2023.

⁹⁷ L'avis n°78 du CNA sur l'« Alimentation en milieux hospitalier » met en avant le risque de dénutrition comme coût humain lié à la réduction de la qualité et de l'espérance de vie quel que soit l'âge de la personne affectée.

⁹⁸ Van Der Pols-Vijlbrief, R. et al., « Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: A systematic review of observational studies. » *Ageing Research Reviews*, (2014) : 18, 112-131.

⁹⁹ HAS, 2007.

¹⁰⁰ Idem, Ibidem

¹⁰¹ Pour savoir si la dénutrition est présente, il faut avoir au moins un critère phénotypique (Perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois ou $\geq 10\%$ par rapport au poids habituel avant le début de la maladie ; IMC $< 22\text{ kg/m}^2$; Réduction quantifiée de la force musculaire et de la masse musculaire) et un critère étiologique (Réduction de la prise alimentaire $\geq 50\%$ pendant plus d'1 semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de 2 semaines, par rapport à la consommation alimentaire habituelle quantifiée ou aux besoins protéino-énergétiques estimés ; Absorption réduite (maldigestion/malabsorption ; Situation d'agression (hypercatabolisme, protéique avec ou sans syndrome inflammatoire) : pathologie aiguë ou pathologie chronique évolutive ou pathologie maligne évolutive. Source : HAS, « Diagnostic de la dénutrition chez l'enfant, l'adulte, et la personne de 70 ans et plus », 2021.

¹⁰² Sulmont-Rossé C., Van Wymelbeke-Delannoy V., Maître I., « Prevalence of undernutrition and risk of undernutrition in overweight and obese older people. » *Frontiers in Nutrition*. (2022): 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.892675>.

en protéines sont majorés à 1,2 / 1,5 g / kg de poids corporel / jour, en veillant également aux apports en vitamine D. Cette prise en charge doit s'accompagner de ré-évaluations régulières, afin d'adapter la prise en charge à l'évolution du statut nutritionnel.

La **stratégie de prise en charge nutritionnelle** est graduelle et adaptée à la sévérité de la dénutrition et à l'appétit de la personne soignée (Tableau 2 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée, Haute autorité de santé, 2007).

- En cas de situation à risque de dénutrition (par exemple maladie d'Alzheimer, ou troubles de la mobilité) mais sans dénutrition ni baisse de la consommation alimentaire, il est recommandé de surveiller le statut nutritionnel régulièrement (par exemple, mesure du poids une fois par mois).
- Lorsque la dénutrition est installée ou qu'il y a une baisse des apports alimentaires, il est recommandé de prodiguer des conseils nutritionnels. Les conseils nutritionnels peuvent être donnés par des aidant(e)s informé(e)s ou au cours d'une consultation par un ou une professionnel(le) de santé, en les adaptant aux besoins et aux préférences des personnes. Ces conseils nutritionnels comportent une information sur l'importance d'améliorer son statut nutritionnel, sur l'utilité de faire 3 repas par jour, d'introduire des collations, de favoriser les aliments riches en énergie et en protéines, d'éviter les restrictions alimentaires, d'assaisonner les plats et de proposer des condiments pour rehausser le goût de aliments. De plus, l'enrichissement des repas fait partie des conseils nutritionnels : cela consiste à augmenter la teneur en énergie et en protéines des plats sans en augmenter le volume. On peut ainsi ajouter aux plats de la poudre de lait, de l'œuf, du fromage râpé, des matières grasses (beurre, crème ou huile), du sucre, du miel, etc.
- Si ces conseils ne suffisent pas à stabiliser ou améliorer le statut nutritionnel, il est recommandé de prescrire des compléments nutritionnels oraux (CNO) hyper énergétiques et hyper protidiques. Ce sont des Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales (DADFMS) bénéficiant d'un remboursement par l'Assurance Maladie s'ils sont prescrits par un médecin¹⁰³. Ils peuvent aussi être achetés en pharmacie sans ordonnance. Il existe une vaste gamme de produits, sous forme de boisson lactée, de crème, de plats composés etc. Si des CNO sont prescrits, il faut veiller que ceux-ci apportent au moins 400 kcal/jour et 30 g/jour de protéines.
- Si les conseils nutritionnels et les CNO ne suffisent pas à stabiliser ou améliorer le statut nutritionnel, ou si la dénutrition est sévère et associée à des apports alimentaires très faibles, il faut envisager la nutrition entérale, via une sonde nasogastrique ou une sonde de gastrostomie. L'acceptation de la nutrition artificielle et l'adhésion au projet par le patient est indispensable. Le bénéfice attendu doit être pesé en regard des éventuels effets indésirables¹⁰⁴.

¹⁰³ Masson, Elsevier. « Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales : bases réglementaires et enjeux pour les pharmacies à usage intérieur ». EM-Consulte. <https://www.em-consulte.com/article/984371/aliments-dietetiques-destines-a-des-fins-medicales>.

¹⁰⁴ Volkert et al., 2024 et HAS, 2007

		Statut nutritionnel		
		Normal	Dénutrition	Dénutrition sévère
Apports alimentaires spontanés	Normaux	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation ¹ à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation ¹ à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation ¹ à 1 semaine

Tableau 2 : Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée, Haute autorité de santé, 2007

1.1.6. Alimentation et activité physique

L'alimentation et l'activité physique sont deux facteurs clefs de la nutrition¹⁰⁵ et complémentaires du bien-être. L'activité physique est notamment importante pour maintenir sa masse et sa force musculaire, autrement dit pour prévenir la sarcopénie et le risque de dénutrition. Au-delà, l'activité physique a de nombreux effets positifs sur la forme mentale et physique de la personne âgée :

- Renforce les os et les tendons, maintien de l'équilibre (prévention des chutes) ;
- Stimulerait l'appétit¹⁰⁶ ;
- Améliore le sommeil ;
- Améliore l'humeur et le moral ;
- Renforce la mémoire ;
- Stimule le système immunitaire.

L'activité physique, en combinaison avec l'alimentation permet de prévenir le risque de chutes et la perte d'autonomie.

1.2. Enjeux sociaux

1.2.1. Les « goûts sociaux » et les facteurs de transformation

Plusieurs facteurs¹⁰⁷ vont influencer le contenu des assiettes des personnes âgées, qui renvoie aux « goûts sociaux » :

- **la génération.** Les générations les plus âgées consomment en moyenne davantage de fruits et légumes et de produits frais que les générations plus jeunes¹⁰⁸ ;

¹⁰⁵ D'après l'Inserm, la conception moderne de la nutrition intègre non seulement l'alimentation et ses déterminants psychologiques, mais aussi l'activité physique qui conditionne les dépenses énergétiques. Un déséquilibre de cet ensemble complexe est impliqué dans l'apparition et le développement de la plupart des maladies chroniques les plus fréquentes aujourd'hui. « Nutrition et santé - Inserm, La science pour la santé ».

¹⁰⁶ Clegg M.E. et A. Godfrey, « The Relationship between Physical Activity, Appetite and Energy Intake in Older Adults: A Systematic Review », *Appetite* 128 (1 septembre 2018): 145-51, <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.05.139>.

¹⁰⁷ Audition de Philippe Cardon, enseignant-chercheur titulaire à l'université de Lille et membre du Laboratoire CeRIES (Centre de recherche Individus, Epreuves, Société), le 9 novembre 2023.

¹⁰⁸ Audition du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) par Franck LEHUEDE – Directeur d'études et de recherche au CREDOC et Mathilde GRESSIER – cheffe de projet au CREDOC, le 9 novembre 2023.

- **le revenu et le niveau socio-économique.** Les choix alimentaires sont influencés par la position qu'une personne occupe dans la structure sociale et en particulier de ses revenus (« tout le monde mange du pain, mais tout le monde ne mange pas le même pain » (pains spéciaux inaccessibles aux plus démunis)) ;
- **la région.** Les habitudes alimentaires régionales sont fortement ancrées dans les générations âgées ;
- **le genre.** L'alimentation et les représentations qui lui sont associées sont marquées par des effets de genre (la viande va être davantage associée au genre masculin tandis que les légumes seront davantage associés au genre féminin).

Chez les personnes âgées, des facteurs de transformation¹⁰⁹ vont pouvoir modifier ces habitudes alimentaires :

- **Les événements autobiographiques :** veuvage, déménagement, hospitalisation, entrée en EHPAD, fermeture d'un magasin de proximité...
- **La dépendance culinaire :** la perte de capacités fonctionnelles ou cognitives peut conduire une personne à déléguer tout ou partie des activités en relation avec l'alimentation à un tiers (aidant(e), service de portage de repas à domicile, restauration collective en EHPAD). Plus on avance en âge, et plus cette délégation va se faire en dehors du ménage, avec l'implication d'un tiers professionnel. L'implication de ce tiers va transformer, parfois de façon assez profonde, les habitudes alimentaires de la personne âgée.

1.2.2. Les rôles sociaux

Les rôles sociaux, notamment entre les hommes et les femmes, vont évoluer en fonction des activités en relation avec l'alimentation. Ces rôles sociaux restent encore marqués dans les générations âgées, mais ils peuvent aussi évoluer avec l'avancée en âge, la perte de capacités fonctionnelles ou cognitives chez l'un(e) des conjoint(e)s ou la survenue d'évènements de rupture (par exemple : veuvage, délégation à un tiers).

- **L'approvisionnement.** Après la retraite, les hommes s'investissent davantage dans les courses alimentaires, même si ce sont bien souvent leurs conjointes qui continuent de faire la liste de courses.
- **La préparation culinaire.** Dans les générations âgées actuelles, ce sont encore très majoritairement les femmes qui font la cuisine. À domicile, Philippe Cardon souligne les conséquences que des événements de rupture tels que le veuvage, qui peuvent induire des effets très différents selon le **genre** : « Les hommes, qui ont moins de compétences culinaires du fait d'une distribution genrée des rôles domestiques, peuvent se retrouver un peu démunis au décès de leur conjointe. Chez les femmes, on assiste généralement à une réappropriation de leur alimentation. Tributaires du goût de leur mari, au moment de son décès, les femmes vont davantage se tourner vers des aliments qu'elles apprécient et varier leur apport alimentaire »¹¹⁰.
- **La consommation.** Les activités autour de l'alimentation structurent de manière importante les temps du quotidien, en particulier après la retraite. Cette structuration du temps quotidien autour des repas et des activités associées est une dimension importante dans l'expérience du vieillissement.

Pour Philippe Cardon, certaines femmes ont probablement l'impression de rentrer dans le « dernier âge » lorsqu'elles perdent la main sur l'alimentation (déprise de l'alimentation). En conséquence, ces femmes déploient sans doute des trésors d'imagination pour garder la main sur l'alimentation et les activités associées le plus longtemps possible.

Cas des aides à domicile. La mise en place d'une aide à domicile pour les activités en lien avec l'alimentation va se traduire par la mise en place d'une interaction entre intervenant(e) professionnel(le) et aidé(e), qui va dépendre de la posture / du rôle social de chacun(e). La manière dont vont se configurer les interactions entre intervenant(e) professionnel(le) et aidé(e) va déterminer le maintien ou non des habitudes alimentaires de la personne âgée. De

¹⁰⁹ Audition de Philippe Cardon, 9 novembre 2023.

¹¹⁰ Audition de Sonia Bouima, le 9 novembre 2023.

plus ces interactions vont être contraintes par le cadre dans lequel s'inscrit cette intervention (temps de présence de l'intervenant(e) professionnel(le), formation de l'intervenant(e), etc.).

Du côté des aides à domicile, on peut distinguer trois attitudes¹¹¹ :

- **Les « investies »** : elles se sentent légitimes et investies dans leur mission de prévention et de surveillance autour de la question alimentaire. Elles vont être force de proposition auprès de la personne âgée.
- **Les « critiques »** : elles considèrent qu'elles n'ont pas à intervenir dans les choix alimentaires de la personne âgée au nom d'un enjeu nutritionnel, mais au contraire qu'elles doivent respecter – voire défendre - les envies et les habitudes de la personne âgée qui relèvent de leur propre plaisir.
- **Les « passives »** : elles vont suivre ce que la personne âgée leur demande de faire, sans s'investir dans un rôle de prescription et de surveillance.

Du côté des aidé(e)s, trois attitudes¹¹² sont également possibles :

- **L'adhésion** : la personne âgée reconnaît la légitimité de l'aide à domicile et accepte ses propositions dans une relation de confiance.
- **Le désintéressement** : la personne âgée délègue entièrement et se désintéresse de ce que propose l'aide à domicile.
- **La résistance** : la personne âgée ne souhaite pas un investissement trop important de l'aide à domicile et critique ce que cette dernière propose.

De ces attitudes, résultent trois typologies de délégation alimentaire¹¹³ parfois contraintes par les conditions d'intervention :

- **La complémentarité** ("faire avec") : la personne âgée et l'aide à domicile sont dans une relation de réciprocité, qui implique négociations et échanges.
- **La subordination** ("faire pour") : l'aide à domicile fait ce que la personne âgée lui demande. Cette dernière reste la donneuse d'ordre et l'alimentation change peu.
- **La substitution** ("faire à la place de") : la personne âgée délègue complètement à l'aide à domicile. L'alimentation va alors fortement dépendre de l'attitude de l'aide à domicile. Cette typologie est fréquemment observée chez les hommes seuls. C'est sans doute cette typologie qui entraîne le plus de transformation de l'alimentation au sein du foyer.

¹¹¹ Audition de Philippe Cardon, 9 novembre 2023.

¹¹² Idem.

¹¹³ Idem.

Focus sur les proches aidants

En 2021, on recensait environ 8,8 millions d'adultes et 500 000 mineurs¹¹⁴ aidant(e)s.

Les aidants familiaux ou proches aidants sont des personnes qui fournissent, à titre non professionnel, régulièrement et fréquemment, aide et soutien, à une ou plusieurs personnes de leur entourage en perte d'autonomie du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap, pour effectuer les actes et les activités de la vie quotidienne. Le code de l'action sociale des familles (CASF) distingue l'aidant proche¹¹⁵ pour les personnes âgées de plus de 60 ans et l'aidant familial¹¹⁶ pour les personnes en situation de handicap.

Ces aidant(e)s sont le plus souvent des membres de la famille : 80% de l'aide¹¹⁷ est fournie par les conjoint(e)s et les enfants pour les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile. Près de 10 % des aidant(e)s peuvent être des ami(e)s ou des voisin(e)s¹¹⁸ lorsque la personne vit seule à domicile.

Le vieillissement des aidant(e)s :

- Près d'un(e) aidant(e) sur quatre a entre 60 et 65 ans (source : [Drees, Études et Résultats n° 1255](#))
- Les femmes âgées de 55 à 64 ans, dite génération pivot, sont susceptibles de venir en aide à un parent en situation de perte d'autonomie, et d'être potentiellement sollicitées par leurs enfants (aide financière, aide pour la garde des petits-enfants) tout en étant en activité (39 % ont une activité professionnelle¹¹⁹).

Impact sur la santé de l'aidant(e) [Source : Enquête Handicap-Santé aidants (Drees, 2008)]

- **48%** des aidant(e)s déclarent avoir une maladie chronique
- **29%** se sentent anxieux et stressés
- **25%** déclarent ressentir une fatigue physique et morale

Outre ces effets délétères, on notera la **dimension affective** de l'aide familiale. S'y joue ou s'y rejoue l'histoire familiale à travers des notions de devoir, de redevabilité, d'obligations, de choix ou de non choix, de contraintes ou de satisfaction, éléments déterminants des profils d'aidants différemment impliqués dans l'aide à apporter. Des dispositifs de soutien et de sensibilisation-formation sont essentiels pour que les aidants et aidantes prennent mieux soin d'eux et d'elles et des personnes qu'ils et elles aident.

1.2.3. Représentation sociale du lien entre alimentation et bien-vieillir

Quand on pose la question aux Français « Bien-vieillir, c'est quoi pour vous ? », **63% de personnes à la retraite répondent que c'est « être en bonne santé »**. Seuls 28% des plus de 60 ans aimeraient recevoir de l'information

¹¹⁴ Les jeunes aidants ont été reconnus en France pour la première fois à travers la stratégie nationale « Agir pour les aidants » 2020-2022 qui y consacre 2 mesures à destination de cette cible.

¹¹⁵ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée : son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » (art. L. 113-1-3 du CASF.)

¹¹⁶ « Est considéré comme un aidant familial, pour l'application de l'article L. 245-12, le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle la personne handicapée a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne handicapée, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de l'autre membre du couple qui apporte l'aide humaine définie en application des dispositions de l'article L. 245-3 du présent code et qui n'est pas salarié pour cette aide. Lorsque la prestation est accordée au titre du 1° du III de l'article L. 245-1, est également considéré comme aidant familial, dès lors qu'il remplit les conditions mentionnées à l'alinéa précédent, le conjoint, le concubin ou la personne avec laquelle un parent de l'enfant handicapé a conclu un pacte civil de solidarité ainsi que toute personne qui réside avec la personne handicapée et qui entretient des liens étroits et stables avec elle. » (art. R. 245-7 du CASF.)

¹¹⁷ Besnard X. et al., « Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques », consulté le 5 juin 2024, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>.

¹¹⁸ Duthel, N., « Les aides et les aidants des personnes âgées. », Drees, Études et résultats, 2001, n° 142.

¹¹⁹ Soullier N., « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées », Drees, *Etudes et Résultats*, 2013, n° 771

sur « la nutrition, l'alimentation, la cuisine » en lien avec le « bien-vieillir ». En revanche, à la question « Selon vous, en matière de santé, la prévention, c'est... », les Français répondent majoritairement « faire attention à ce que je mange », et ce quel que soit leur âge. Autrement dit, **le lien entre alimentation et bien-vieillir passe par la question de la santé et de la prévention des maladies.**

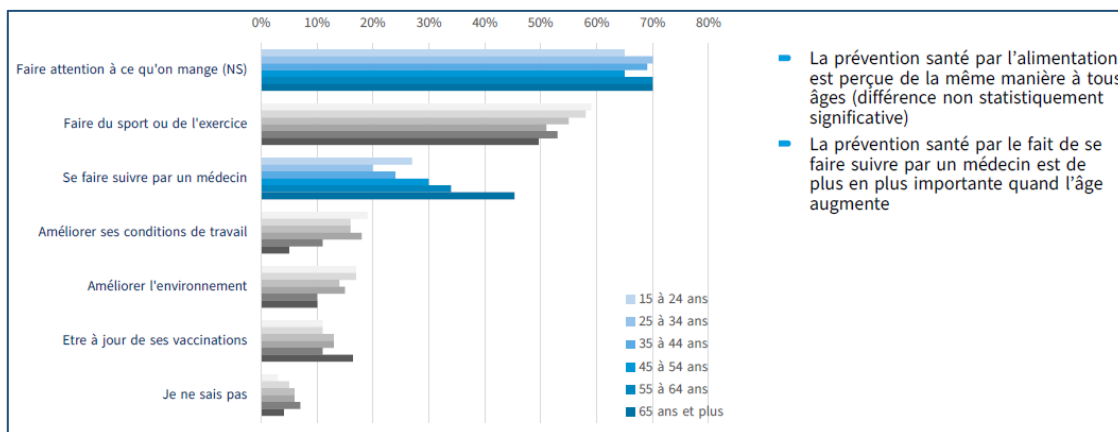


Figure 2. Selon vous en matière de santé, la prévention, c'est... Réponses "en premier" et "en second". Source : Crédoc, enquête CCAF 2023

Quand on pose la question « Qu'est-ce que bien manger ? », toutes les classes d'âge répondent par une **alimentation « équilibrée » et associent bien manger à la fois au plaisir et à la santé**. La préoccupation majeure des Français en rapport avec l'alimentation est « d'éviter de prendre trop de poids », notamment à partir de 45 ans. On observe également une augmentation avec l'âge de l'importance accordée au rôle de l'alimentation « pour prévenir des maladies graves comme les maladies cardiovasculaires ou les cancers ».

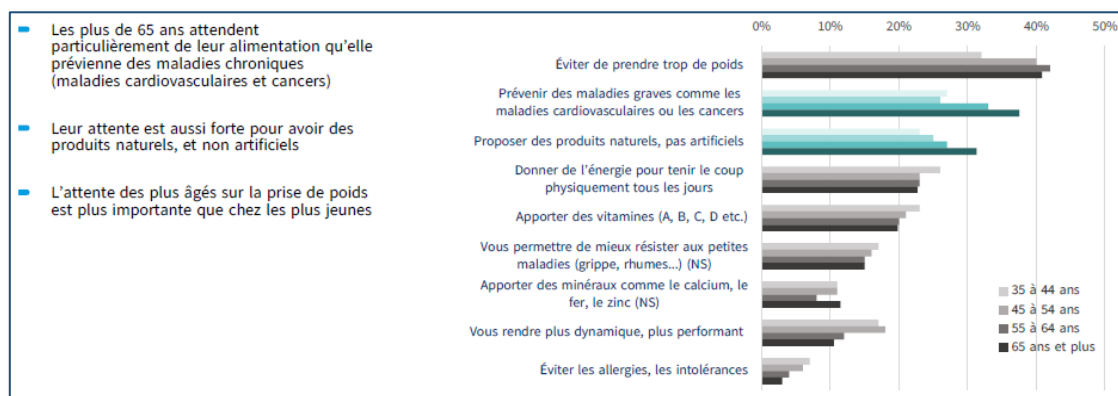


Figure 3. Qu'est-ce que vous attendez d'abord de votre alimentation pour vous aider à être en bonne santé, en bonne forme ? et ensuite ? Somme des réponses "En premier" et "En second". Source CREDOC, enquête CCAF 2023.

1.3. Promouvoir l'alimentation comme vecteur du bien-vieillir

1.3.1. L'enjeu de l'information auprès des personnes âgées et de leurs proches

De nombreuses « idées reçues » ou « fausses informations » circulent au sein de la population âgée, et plus largement au sein de la société, qui portent notamment sur la perte de poids, les régimes amaigrissants, le fait qu'en vieillissant « on n'a pas besoin de manger autant que quand on était plus jeune ». Ces idées reçues et ce

désir social de vouloir « perdre du poids »¹²⁰ sont particulièrement délétères après 70 ans, quand, au contraire, une **perte de poids peut être le signe d'un risque de dénutrition**. Ceci souligne l'importance d'avoir une communication différenciée entre ce qui est souhaitable pour une population à mi-vie (40-55 ans) et ce qui est souhaitable pour une personne âgée.

Plusieurs difficultés peuvent être rencontrées quand il s'agit d'informer la population âgée en matière de bonnes pratiques alimentaires :

- La littératie en santé correspond aux capacités et aux compétences que les personnes ont pour repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé. En France, la moitié de la population a un niveau **de littératie en santé**¹²¹ considéré comme inadéquat ou problématique¹²². Parmi les groupes les plus vulnérables, on retrouve les personnes âgées.
- **La fracture numérique** est encore réelle après 70 ans même si elle s'estompe¹²³. D'après l'Insee, les personnes les plus âgées sont les plus touchées par l'illectronisme¹²⁴ : 62 % des 75 ans ou plus, contre seulement 2 % des 15-24 ans¹²⁵.
- **L'hétérogénéité de la population âgée** complique la mise en place d'actions de communication, certaines personnes pouvant ne pas se sentir concernées. Il est également important de mettre en place une pédagogie adaptée, **non stigmatisante**, qui corresponde à la diversité des publics. Une communication claire, simple, positive sur ce qu'il faut favoriser pour avoir une alimentation saine, et non pas ce qu'il faut interdire ou limiter, ciblée sur différents groupes, permettrait de mieux toucher les populations âgées.

L'enjeu est donc de donner aux personnes âgées l'information nécessaire en prenant en compte leurs spécificités et leurs potentielles difficultés d'accès à l'information. Les personnes âgées s'informent davantage que les générations plus jeunes, notamment via des médias dits « traditionnels ». En 2012, 92% des personnes de plus de 65 ans ont regardé la télévision tous les jours ou presque¹²⁶. Selon Médiamétrie, les plus de 50 ans représentent 45 % de l'audience TV, et ils y passent 5h23, contre 3h26 pour l'ensemble des français¹²⁷. Par ailleurs, en 2023, 74% des individus de 50 ans et plus écoutaient la radio tous les jours¹²⁸. Plus précisément, les 55-59 ans sont 82 % à écouter la radio tous les jours, les plus de 60 ans sont 77 %¹²⁹. Pour autant, Internet n'est pas en reste puisqu'en 2023 les plus de 65 ans « sont plus de 8 sur 10 (81%) à se connecter chaque mois sur Internet, soit 5 fois plus qu'il y a 15 ans »¹³⁰. Il apparaît également important d'adopter une communication adaptée envers **les familles et intervenant(e)s professionnel(le)s qui sont d'importants relais d'information**. L'initiative du Centre de ressources et de preuves sur la prévention de la perte d'autonomie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, avec l'appui de l'Union des gérontopôles de France, d'avoir publié des bonnes pratiques, adressées aux

¹²⁰ Audition du Crédoc, le 09 novembre 2024.

¹²¹ « La connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie » - Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. « Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. » BMC Public Health, 12, p.80, 2012.

¹²² 44% des répondants de l'étude HLS₁₉ 2019-2020 ont un niveau inadéquat ou problématique. Source : The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, « International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL ».

¹²³ Audition d'Emmanuel Hamel, Coordinatrice des approches populationnelles, Direction de la prévention et de la promotion de Santé Publique France - Agence nationale de Santé Publique France, le 31 janvier 2023.

¹²⁴ Définition du Larousse : nom masculin (de illettrisme et électronique), État d'une personne qui ne maîtrise pas les compétences nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources numériques. (On distingue dans l'illectronisme les lacunes liées à l'utilisation des outils numériques (ordinateurs, téléphones intelligents, etc.) et celles liées à l'usage des contenus disponibles sur Internet [remplir un formulaire en ligne, acheter sur un site Web, etc.])

¹²⁵ Insee, « [15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021](#) » Insee Première 1953, consulté le 11 avril 2024.

¹²⁶ Insee, « Fiches - Qualité de vie », Insee Références, édition 2016.

¹²⁷ Médiamétrie, Médiamat/DEPS, Ministère de la Culture, 2022

¹²⁸ Extreme Senso, « Médiamétrie - L'Année Radio 2022-2023 », consulté le 5 juin 2024, <https://www.mediametrie.fr/fr/lannee-radio-2022-2023>

¹²⁹ Médiamétrie, enquête 126 000 Radios/DEPS, Ministère de la Culture, 2022

¹³⁰ Médiamétrie, « L'Année Internet 2023 - Internet, un monde d'influences » Communiqué de Presse, 8 février 2024, <https://www.mediametrie.fr/system/files/2024-02/2024%2002%2008%20CP%20M%C3%A9diam%C3%A9trie%20Ann%C3%A9e%20Internet%202023.pdf>

professionnel(le)s et financeurs et financeuses qui mettent en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé relatives à la nutrition des personnes de plus de 60 ans, va dans ce sens¹³¹.

1.3.2. L'enjeu de la formation auprès des personnels médicaux et sociaux et des aidant(e)s

Il est essentiel de développer la formation autour des enjeux de l'alimentation des personnes âgées à destination **des personnel(le)s médicaux, des intervenant(e)s professionnel(le)s et du personnel de la restauration collective**. Il est important de rester vigilant sur l'évolution des connaissances et sur la formation continue, certains paradigmes ayant changé entre le moment où les professionnels ont été formés et les connaissances actuelles.

En particulier, il est nécessaire de mieux **sensibiliser les aidant(e)s**, qu'ils ou elles soient familiaux(les) ou professionnel(le)s, sur les signaux d'alerte de la dénutrition et sur les premières solutions à mettre en œuvre pour prévenir et lutter contre la dénutrition (enrichissement des repas, modification du rythme des repas...).

2. Axe 2 - L'alimentation des personnes âgées : les enjeux du quotidien

2.1. L'approvisionnement alimentaire

L'approvisionnement alimentaire apparait comme l'un des enjeux principaux de l'accès à l'alimentation pour les personnes âgées vivant à domicile¹³², garant de la sécurité alimentaire au sein de cette population. La sécurité alimentaire est garantie lorsqu'une personne, à tout moment, a un accès économique, physique et social à une nourriture suffisante, saine et nutritive, lui permettant de satisfaire ses besoins et préférences alimentaires pour mener une vie active et saine¹³³. Chez la personne âgée, **l'accès à l'alimentation a un impact direct sur la qualité de l'alimentation** (notamment consommation de produits frais, alimentation variée) et l'état de santé des personnes âgées. De plus, **les courses sont un motif important de sortie du domicile**, voire le motif principal : les courses jouent un rôle dans le maintien d'une activité physique, mais aussi dans la socialisation des personnes âgées (les magasins offrent des espaces d'interactions sociales). De plus, les commerces de proximité permettent d'acheter en petite quantité (économique et génère moins de gaspillage alimentaire).

Chez les personnes âgées, l'accès à l'alimentation va dépendre de trois facteurs : facteurs économiques, facteurs physiques et facteurs sociaux.

2.1.1. Facteurs économiques

Selon les données Insee, en France, **le niveau de vie moyen est plus élevé chez les personnes âgées de plus de 65 ans par rapport à la population générale, il est toutefois moins élevé à ce jour à partir de 80 ans et devient alors inférieur au niveau de vie moyen de la population générale**¹³⁴. Le taux de pauvreté est inférieur chez les personnes âgées par rapport à la population générale (moins de 10 % chez les personnes de plus de 65 ans contre 15 % en population générale¹³⁵). La particularité des personnes âgées est de pouvoir accéder à un minima social bien supérieur (Allocation de solidarités aux personnes âgées (ASPA)) à celui des minima sociaux des adultes plus

¹³¹ CNSA, « [Comment favoriser l'adoption de comportements favorables à la santé ?](#) », juin 2024.

¹³² Audition de Gaëlle Soriano, diététicienne, docteure en épidémiologie (thèse sur l'autonomie alimentaire chez la personne âgée, Inserm), Chef de projet Recherche Clinique au CHU de Toulouse, le 10 janvier 2024.

¹³³ Comité de la sécurité alimentaire mondiale (CSA).

¹³⁴ Le niveau de vie médian baisse avec l'âge : -14 % entre celui des 75-79 ans et celui des 95 ans ou plus. En effet, la part de femmes augmente avec l'âge, alors que le montant de leurs pensions et retraites est inférieur. En outre, les générations les plus anciennes ont des retraites plus faibles du fait notamment de carrières plus souvent incomplètes et de professions exercées moins rémunératrices. Guillaneuf, J., Picard, S., Rousset, A. (Insee), « [Après 75 ans, des niveaux de vie moins élevés mais un taux de pauvreté inférieur à la moyenne de la population](#) », 8 mars 2023.

¹³⁵ Insee, « Niveau de vie et pauvreté des personnes âgées », Revenus et patrimoine des ménages, consulté le 26 avril 2024, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5371241?sommaire=5371304>.

jeunes (Revenu de solidarité active (RSA)). L'observatoire des inégalités le rappelle : « à partir de 65 ans, le taux de pauvreté est le plus faible, d'environ 3 %. Au total, les plus de 65 ans ne regroupent que 8 % des personnes pauvres, alors qu'ils représentent 20 % de la population. Les difficultés des personnes âgées ont été mieux prises en compte par les politiques sociales ces dernières décennies. Le minimum vieillesse, relevé de 100 euros par mois entre 2017 et 2020, se situe désormais juste au-dessous du seuil de pauvreté de 50 % du niveau de vie médian : il suffirait d'une enveloppe budgétaire supplémentaire modeste pour diminuer la pauvreté monétaire des personnes âgées. Par ailleurs, de plus en plus de femmes achèvent leur vie active en ayant régulièrement travaillé et donc plus cotisé à des régimes de retraite. En conséquence, dans les années à venir, on pourrait encore assister à une baisse du taux de pauvreté des personnes âgées.

Pour autant, la situation des personnes âgées pauvres n'est pas moins grave que celle des plus jeunes : une partie d'entre elles, notamment en milieu rural, survivent avec de très bas revenus. S'ils sont moins souvent pauvres, les aînés sont aussi dans une situation particulière : il est très peu probable que leur situation évolue, alors que les plus jeunes peuvent espérer un avenir meilleur. **Pour les plus âgés, la pauvreté est presque toujours un phénomène durable, jusqu'à la fin de leur vie.** »¹³⁶

Par ailleurs, les ménages retraités consacrent une part de leur budget plus importante à l'alimentation par rapport à la population générale (20 % de leur budget est consacré à l'achat de l'alimentation contre 16 % en population générale). Selon l'enquête Sofinco (2023), cela représenterait 436 euros par mois pour les ménages composés de personnes de plus de 65 ans, soit 40 euros de plus par rapport à la population générale pour l'alimentation à domicile, hors restauration¹³⁷.

Autrement dit, les personnes âgées ont un niveau de vie moyen un peu plus élevé et consacrent un budget plus important à leur alimentation que la population générale. **Toutefois, ces moyennes ne doivent pas cacher les inégalités socio-économiques présentes au sein de la population.** 7% des bénéficiaires d'aide alimentaire ont plus de 65 ans (Abena, 2013). 17% des personnes accueillies par les Banques Alimentaires en 2022 sont à la retraite¹³⁸ contre 5% en 2012.

2.1.2. Facteurs physiques

Les personnes âgées privilégient les commerces de proximité pour les achats alimentaires. Elles se rendent moins souvent en grandes surfaces et préfèrent les commerces d'artisanat (notamment pour la viande) et les marchés (notamment pour les légumes). Etant donné que le périmètre et la vitesse de marche diminuent avec l'âge, **l'environnement alimentaire et la proximité des commerces jouent un rôle important dans l'accès à l'alimentation des personnes âgées.** Chez ces dernières, le périmètre de marche maximum autour du domicile est de 500 m alors qu'il est de 1 à 1,6 km chez des personnes plus jeunes¹³⁹. Au-delà de ce périmètre, les personnes seront tributaires de leur capacité ou non à conduire une voiture, de l'offre de transport en commun de leur commune et de la présence ou non d'un support social susceptible de les véhiculer. Les femmes habitant à plus de 500 m d'un supermarché sont 2 à 3 fois plus nombreuses à déclarer des difficultés pour faire leurs courses (1 km pour les hommes). La fermeture d'un commerce de proximité ou d'un camion ambulant diminue la proportion de personnes âgées pouvant faire leurs courses seules et majore la dépendance envers les aides familiales et professionnelles. **L'aménagement du territoire joue donc un rôle essentiel dans l'accès à l'alimentation des personnes âgées.**

Par ailleurs, **l'aménagement des lieux d'approvisionnement est rarement adapté aux capacités fonctionnelles et à la fatigabilité** des personnes âgées : difficulté d'accès à certains rayonnages, pas d'endroits pour s'asseoir,

¹³⁶ Observatoire des inégalités, « La pauvreté selon l'âge », consulté le 26 avril 2024, <https://inegalites.fr/La-pauvrete-selon-l-age>.

¹³⁷ Sofinco, « L'inflation, quel impact sur le frigo des Français ? », février 2023.

¹³⁸ Banques Alimentaires, « Etudes Profils 2023 : Qui sont les personnes accueillies à l'aide alimentaire ? », 2023.

¹³⁹ Ding Ding et al., « Neighborhood environment and physical activity among older adults: Do the relationships differ by driving status? », *Journal of aging and physical activity* 22, n° 3 (juillet 2014): 421-31, <https://doi.org/10.1123/japa.2012-0332> et Fanco, A., "Rapport de la mission vivre chez soi", (2010), https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Vivre_chez_soi.pdf

étiquettes trop petites... Les aménagements ne favorisent pas non plus les opportunités d'interactions sociales¹⁴⁰ (échanges avec le personnel et avec d'autres clients).

2.1.3. Facteurs sociaux

Les personnes passent de plus en plus de temps à faire les courses au fur et à mesure de l'avancée en âge jusqu'à 70 ans. À partir de 70 ans, le temps passé à faire les courses diminue. **L'âge moyen de l'apparition de difficultés à faire ses courses est de 75 ans**¹⁴¹.

D'après l'enquête Care Senior¹⁴², 3 millions de personnes âgées de plus de 60 ans déclarent être aidées pour les activités de la vie quotidienne, que ce soit en raison de leur âge ou d'un problème de santé. **L'aide pour les courses est la seconde aide la plus fréquente**, derrière le ménage. Parmi les personnes déclarant bénéficier d'une aide, 61% sont aidées pour faire les courses, dont la majorité par leur entourage (conjoint(e), enfants, autres membres de la famille, ami(e)s, voisin(e)s).

En conclusion, chez les personnes âgées, **les capacités physiques et le soutien social sont des facteurs importants d'accès à l'alimentation**¹⁴³. Si les capacités physiques sont impactées par l'état de santé de la personne, le soutien social dépend essentiellement de son entourage. **C'est souvent l'entourage, à la fois la famille mais aussi les voisins, qui assure les courses**. Certaines situations sont plus à risque de ce faible accès à l'alimentation¹⁴⁴.

- **La présence d'une comorbidité** : les difficultés à faire des courses arrivent 3 ans plus tôt en présence d'une comorbidité et 6 ans plus tôt en présence de deux comorbidités par rapport à des personnes en bonne santé¹⁴⁵.
- **La perte de mobilité**¹⁴⁶ dans les déplacements à pied, en voiture¹⁴⁷ ou en transport nécessitant le recours à un tiers¹⁴⁸.
- **Le genre** : les difficultés d'accès à l'alimentation sont presque 2 fois plus importantes chez les femmes que chez les hommes¹⁴⁹ (plus souvent seules, moins nombreuses à détenir le permis de conduire, moins de capacités physiques, plus nombreuses à effectuer cette tâche)
- **Le lieu de vie** : Plus de la moitié des personnes âgées vivant en milieu rural témoignent du manque de commerce alimentaires contre 10 à 20 % des personnes âgées vivant en milieu urbain ou suburbain¹⁵⁰. Malgré ces difficultés, les personnes âgées relatent aussi l'activité des courses comme positive. Faire les courses est un moyen de socialisation et de loisir pour les consommateur(rice)s plus âgé(e)s¹⁵¹.

¹⁴⁰ Martine Gruère, représentante de l'association Old'Up, membre invité du groupe de concertation « Alimentation comme vecteur du bien vieillir », le 10 janvier 2024

¹⁴¹ Gaëlle Soriano, audition du 10 janvier 2024

¹⁴² Insee, « [Enquête Capacités, aides et ressources des seniors en ménages](#) », 26 juillet 2024.

¹⁴³ Audition de Gaëlle Soriano, le 10 janvier 2024.

¹⁴⁴ Audition de Gaëlle Soriano, le 10 janvier 2024.

¹⁴⁵ Seidel D. et al., « Patterns of Functional Loss Among Older People: A Prospective Analysis. », *Human Factors*, 51(5), 2009: 669-680.

¹⁴⁶ Rivero Jiménez, 2020 ; Garasky, 2004 ; Sharkey, 2010.

¹⁴⁷ « La conduite automobile est une activité de la vie quotidienne complexe qui nécessite une bonne perception de l'environnement, des capacités motrices et des capacités cognitives faisant appel à la perception, l'orientation temporo-spatiale, la mémoire, l'attention, la vitesse de traitement de l'information et la prise de décision. Or il existe au cours du vieillissement une baisse légère des capacités dans ces différents domaines. Un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information apparaît, accompagné de perturbations des processus attentionnels (Jacqmin-Gadda, Fabrigoule, Commenges, & Dartigues, 1997; Le Carret, Lafont, Mayo, & Fabrigoule, 2003). Ces perturbations cognitives vont s'aggraver chez certaines personnes âgées atteintes de pathologies cérébrales (démences de maladie d'Alzheimer par exemple), auxquelles s'ajoutent des troubles de flexibilité mentale et de planification (Amieva et al., 2002; Amieva et al., 1998; Amieva, Lafont, Dartigues, & Fabrigoule, 1999; Amieva et al., 2004; Parasuraman & Haxby, 1993; Rainville et al., 2002). Ces perturbations peuvent donc avoir des répercussions sur les capacités de conduite des conducteurs âgés. » Source : IFSTTAR, « Rapport final », Cosera, 2018.

¹⁴⁸ Turrini A. et al., « The Informal Networks in Food Procurement by Older People—A Cross European Comparison. *Ageing International* », *Ageing International* 35 (1 janvier 2010): 253-75.

¹⁴⁹ Pochet P., « Mobilité et accès à la voiture chez les personnes âgées : évolutions actuelles et enjeux » In : Recherche Transports et Sécurité. Avril juin 2003, n 79, p. 93

¹⁵⁰ Lee D.E., Kim K., « Regional Difference in the Effect of Food Accessibility and Affordability on Vegetable and Fruit Acquisition and Healthy Eating Behaviors for Older Adults » *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, n 22 (14 novembre 2022): 14973.

¹⁵¹ Pettigrew, 2017 ; Myers, 2008 ; Griffith, 2003.

2.2. Le contenu de l'assiette

D'après le Crédoc, la composition des repas des personnes âgées **diffère de celle des autres générations** : par exemple, la proportion de fruits et légumes qui est consommée est plus importante chez les plus âgés que chez les plus jeunes. Cependant, ces habitudes pourraient évoluer avec le renouvellement des générations. Aujourd'hui, les produits transformés sont, dans la jeune génération de personnes âgées, plus présents dans leur consommation que dans les générations plus âgées. Autre exemple, à plus long terme, on peut se demander quel sera l'impact de la consommation actuelle de sodas sur la future vieillesse car aujourd'hui les personnes âgées de 65 ans et plus consomment très peu de sodas, alors que les plus jeunes (25-34 ans) consomment 10 % de leur boisson sous forme de soda¹⁵², alors même que ces boissons ont été associées à des risques accrus pour la santé, notamment diabète, maladies cardiovasculaires ou cancer¹⁵³.

2.2.1. Une alimentation plaisir

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (1946) : " La santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité"¹⁵⁴. Il apparaît donc important de ne pas seulement voir l'alimentation comme un moyen de préserver sa santé physique, mais aussi un moyen de préserver son bien-être moral et social. Chez les personnes âgées, comme chez les plus jeunes, **le bien manger est donc à la fois une question d'alimentation saine et d'alimentation plaisir**¹⁵⁵.

Une alimentation source de plaisir, c'est une alimentation :

- Qui respecte la culture alimentaire (y compris les interdits religieux) et les habitudes alimentaires de la personne ;
- Qui respecte les préférences et les aversions alimentaires de la personne ;
- Qui respecte les attentes sensorielles (aspect, goût, saveur, arôme, texture...) de la personne ;
- Qui stimule la curiosité, l'envie, le plaisir ;
- Qui donne envie de découvrir de nouvelles recettes, nouvelles associations de produits... ;
- Qui donne envie de partager ses expériences culinaires avec les autres générations ou au contraire de rechercher auprès d'eux de nouvelles expériences ;
- Qui se partage avec d'autres (créatrice de liens sociaux).

¹⁵² Enquête CCAF 2019 - Crédoc

¹⁵³ Malik V.S et Hu F.B., « The Role of Sugar-Sweetened Beverages in the Global Epidemics of Obesity and Chronic Diseases », Nature Reviews. Endocrinology 18, n 4 (avril 2022): 205-18, <https://doi.org/10.1038/s41574-021-00627-6>.

¹⁵⁴ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

¹⁵⁵ Audition du Crédoc, le 09 novembre 2024.

Dans le cadre du projet de recherche RENESSENS, Virginie Van Wymelbeke et Claire Sulmont-Rossé ont proposé un « carré du plaisir » en EHPAD :

Des repas...	Bons à penser	Bons à regarder	Bons à manger
Aliment	Menu et recettes conformes à la culture et aux habitudes des personnes âgées	Présentation correcte (sans être forcément sophistiquée)	Goût plaisant, texture adaptée, ne pas négliger les aliments plaisirs
Service	Menu affiché lisible, exact et compréhensible	Des plats identifiables ou identifiés	Température adaptée (froid, chaud, mais pas tiède !)
Contexte	Un temps pour manger... et c'est tout ! Limiter les stress pré- et durant le repas	Décor de salle à manger, table dressée, vaisselle adaptée	Convivialité : interaction avec les résident(e)s et le personnel !

Cette notion de plaisir doit être associée à la notion d'auto-détermination, c'est-à-dire à **la possibilité de faire des choix pour soi-même**. Cette question du choix est particulièrement prégnante en restauration collective (EHPAD, hôpital), où les personnes ont rarement le choix des menus et des recettes, du lieu et des horaires des repas, et même des convives autour de la table. A titre d'exemple, le ou la cuisinier(e) d'un établissement peut recueillir les recettes ou expériences réussies des résident(e)s (transmission de la recette par la personne ou par sa famille), réaliser la recette et l'améliorer ensuite à partir des suggestions du ou de la résident(e) concerné(e) (« ce n'est jamais aussi bon qu'à la maison ») ou des autres convives...

Permettre à la personne de continuer à faire des choix pour elle-même – même dans des espaces de choix modestes et dans la limite des ressources fonctionnelles et cognitives de la personne – c'est garantir **le respect de la dignité de la personne**, une condition essentielle pour que les solutions d'aides proposées soit acceptables et acceptées.

2.2.2. Une alimentation adaptée aux difficultés

La survenue de troubles bucco-dentaires, de troubles de la déglutition ou d'une baisse d'appétit doit conduire à proposer une offre alimentaire adaptée.

Alimentation en texture modifiée¹⁵⁶

La survenue de troubles de la déglutition (dysphagie) conduit à la mise en place d'une alimentation en texture modifiée – hachée, mixée ou lisse – pour prévenir les fausses-routes. Le **système IDDSI** (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)¹⁵⁷ est un cadre international utilisé pour classer les textures des aliments et des liquides destinés aux personnes souffrant de dysphagie. Ce système comprend des niveaux numérotés (de 0 à 7) qui définissent différentes consistances et viscosités. Les niveaux vont de liquide très épais (Niveau 0) à aliment mou facile à mâcher (Niveau 7). Le système IDDSI est maintenant officiellement reconnu par des sociétés savantes telles que la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM), qui l'inclut dans ses dernières recommandations sur l'alimentation en établissement de santé¹⁵⁸. Ce n'est pas un outil de diagnostic des troubles de la déglutition, mais un diagramme qui vise à standardiser les désignations des différentes textures alimentaires.

¹⁵⁶ Sulmont-Rossé et al., « Quels aliments pour maintenir la prise alimentaire chez les personnes âgées et prévenir la dénutrition ? »

C. Sulmont-Rossé, « Améliorer l'offre alimentaire afin de prévenir et soigner la dénutrition. Correspondances en Métabolismes, Hormones, Diabète et Nutrition », 2021 : 25, 116-119.

¹⁵⁷ Ce paragraphe a été écrit à l'aide d'Aline VICTOR, diététicienne nutritionniste, fondatrice de la société de conseils en Nutrition Santé AVi'Sé, et qui exerce depuis 15 ans dans le secteur du médico-social avec une expertise à la fois sur le secteur de la restauration et du soin. Elle accompagne plusieurs groupements d'EHPAD dans leur politique nutritionnelle : audit, formation, conférence, accompagnement opérationnel.

¹⁵⁸ Vaillant et al., « Recommandations sur les alimentations standard et thérapeutiques chez l'adulte en établissements de santé ».

Depuis son lancement, peu d'EHPAD ont adopté ce système alors qu'il permet d'éviter les mauvaises traductions culinaires de chaque niveau IDDSI. Les raisons en sont le manque d'orthophonistes, le déficit de formation et la perception que sa mise en œuvre est trop complexe, ce qui maintient encore l'utilisation des pratiques traditionnelles.

Bien que pertinents pour prévenir les fausses-routes, **les aliments et boissons en texture modifiée sont souvent peu attractifs d'un point de vue visuel, difficiles à reconnaître et peu savoureux**. De plus, ils sont souvent perçus par les personnes âgées comme stigmatisants et infantilissants. Ces dernières années, des progrès ont été faits pour améliorer l'aspect des aliments à texture modifiée, en utilisant des agents texturants (par exemple : agar agar, carraghénanes) et des moules pour « redonner de la forme » aux purées. Sans nier l'intérêt que présentent ces techniques, il convient de rester vigilant quant au contenu nutritionnel et à la digestibilité des aliments mixés additionnés d'agents texturants. Enfin, ces développements ne doivent pas se faire au détriment du goût.

Par ailleurs, la texture IDDSI de niveau 4, généralement appelée "mixée" est souvent une solution disproportionnée aux difficultés réelles des résident(e)s¹⁵⁹. Ainsi, des aliments en texture modifiée sont souvent proposés aux personnes âgées souffrant de troubles de la mastication ou de la salivation. Une telle solution peut s'avérer délétère pour ces dernières : **perte de plaisir à manger, aggravation des difficultés bucco-dentaires** (moins une personne mastique et plus ses difficultés à mastiquer s'aggravent), **baisse d'appétit**. Pour pallier les difficultés rencontrées par les personnes âgées pour mastiquer et humidifier les aliments afin de former un bol alimentaire facile à avaler, il convient d'adapter des recettes pour qu'elles présentent une texture tendre et juteuse, en utilisant des techniques culinaires appropriées (cuisson à basse température, cuisson sous vide...) et en veillant à la qualité des produits.

Augmentation de la densité nutritionnelle de l'alimentation

L'**augmentation de la densité nutritionnelle de l'alimentation** est une approche reconnue comme pertinente pour aider les personnes âgées en perte d'appétit à couvrir leurs besoins nutritionnels **sans augmenter – voire en diminuant – le volume à ingérer**¹⁶⁰. Trois stratégies peuvent être utilisées :

Alimentation enrichie. Cette stratégie consiste à adapter les menus et les recettes de façon à introduire des aliments ou des ingrédients (produits laitiers, œufs, viandes, poissons, légumineuses, extraits protéiques...) présentant un intérêt nutritionnel, afin d'enrichir les repas et les plats habituellement consommés par les personnes âgées. Cette stratégie permet de mieux respecter les habitudes et préférences alimentaires des personnes âgées, ce qui constitue un avantage non négligeable chez cette population souvent réticente à changer ses habitudes alimentaires. Elle permet également un meilleur maintien d'une alimentation variée. Bien que cette stratégie permette d'améliorer les apports et le statut nutritionnels des personnes âgées, elle reste encore peu connue et utilisée par les personnes âgées ou leurs aidant(e)s. Différents livrets de recettes enrichies ont été développés par des associations, services de restauration, institutions ou organismes de recherche, mais leur diffusion reste souvent confidentielle et l'apport supplémentaire en protéines ou calories par rapport à la recette standard est très variable d'une recette à l'autre¹⁶¹. En EHPAD, les pratiques sont hétérogènes et liées à la formation des personnels à ce sujet et au financement disparate du coût de l'enrichissement dans les forfaits soins ou hébergement en fonction des ARS.

Les aliments « fonctionnels » avec allégation nutritionnelle et/ou de santé. Ce sont des aliments présentant un contenu nutritionnel spécifique potentiellement bénéfique pour la santé. Cela peut concerner l'ajout de vitamines, minéraux, fibres, protéines... conformément au règlement européen n°1925/2006.

¹⁵⁹ Groher, M. E., et McKaig, T. N., « Dysphagia and Dietary Levels in Skilled Nursing Facilities. » *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(5), 1995 :528-532. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1995.tb06100.x>

¹⁶⁰ J. C. Morilla-Herrera et al., « Effectiveness of Food-Based Fortification in Older People. A Systematic Review and Meta-Analysis », *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 20, no 2 (février 2016): 178-84, <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0591-z>.

¹⁶¹ Geny A. et al., « Impact of food-based fortification on nutritional outcomes and acceptability in older adults: systematic literature review », *Frontiers in Nutrition* 10 (27 octobre 2023): 1232502, <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1232502>

Par exemple, sur le marché français, plusieurs produits à haute teneur en protéines ciblent le marché des séniors. Ces produits incluent des produits sucrés (boisson, dessert) ainsi que des soupes ou des plats prêts à manger. La teneur en protéine varie beaucoup selon les produits (de 7 à 21%). Certains affichent une connotation médicale sur leur emballage (par exemple : « Bouger et récupérer » ; « Ma solution repas post-opératoire »).

Les Compléments nutritionnels oraux (CNO). Ce sont des aliments ou des boissons prêts à l'emploi bénéficiant du statut « de Denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales (DADFMS), encadrées par une réglementation spécifique au niveau européen »¹⁶². Ils présentent l'avantage de fournir dans un faible volume un apport calorique et/ou protéique important. Les CNO disponibles sur le marché ont longtemps été principalement des produits sucrés (boissons lactées, jus de fruits, desserts, pain brioché, biscuits...) mais des gammes salées se développent de plus en plus. Plusieurs études ont montré **l'efficacité des CNO pour lutter contre la dénutrition**. Cependant, l'apport de protéines élevé dans un petit volume peut générer dans certains cas des sensations en bouche et d'arrière-goûts peu agréables¹⁶³. Les CNO doivent être utilisés **sous contrôle médical**. Les CNO sont destinés à la prise en charge nutritionnelle des patients souffrant d'une maladie ou d'un trouble qui affecte leur capacité à obtenir un apport nutritionnel adéquat par le biais d'un régime alimentaire normal. Pour l'OMS, les points clés sur les CNO sont les suivants¹⁶⁴ :

- Les CNO doivent venir en seconde intention, après avoir proposé et testé des adaptations de l'alimentation auprès de la personne (par exemple : repas plus fréquents, adaptation des menus, enrichissement des recettes).
- Les CNO ne remplacent pas les repas : ils doivent venir en complément de l'alimentation et des repas de la personne. Ils ne doivent pas être consommés en début de repas, mais en fin ou entre les repas. Leur utilisation doit être temporaire et s'interrompre lorsque les repas de la personne satisfont de nouveau aux recommandations nutritionnelles après avis d'un(e) professionnel(le) de santé.
- La personne doit être correctement informée sur la nature et l'intérêt des CNO ainsi que sur leurs conditions d'utilisation (quantité, moment de la prise...). Elle doit pouvoir choisir le ou les CNO qu'elle souhaite consommer parmi les CNO disponibles sur le marché (format, goût...), en fonction de ses besoins et avec l'aide d'un(e) professionnel(le) de santé.
- La consommation de CNO doit faire l'objet d'un soutien et d'encouragements continus (de la part des membres de la famille, des intervenant(e)s professionnel(le)s et des agents de santé) pour continuer à prendre des compléments nutritionnels oraux et d'une réévaluation régulière par les professionnel(le)s de santé ; si nécessaire, un changement de CNO doit être proposé pour éviter le phénomène de lassitude.

Ces aliments font l'objet d'un encadrement réglementaire strict visant à garantir la sécurité de leur emploi et la loyauté de l'information donnée aux consommateurs et consommatrices. En France, un arrêté¹⁶⁵ a été publié en 2019 modifiant les modalités de délivrance des CNO afin d'assurer une prise en charge optimale des patients nécessitant ces produits, détaillant le rôle du médecin et du pharmacien. Cet arrêté limite la première délivrance à 10 jours.

Compléments alimentaires : sous réserve d'avis médical et en prenant toutes les précautions par rapport aux interactions médicamenteuses, des compléments alimentaires peuvent permettre d'augmenter les apports en certains nutriments.

¹⁶² Règlement UE n° 609/2013 et règlement délégué UE n°2016/128 en ce qui concerne les exigences spécifiques en matière de composition et d'information applicables aux denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales

¹⁶³ Norton V., Lignou S. et Methven L., « Influence of Age and Individual Differences on Mouthfeel Perception of Whey Protein-Fortified Products: A Review », *Foods* (Basel, Switzerland) 10, no 2 (16 février 2021): 433, <https://doi.org/10.3390/foods10020433>.

¹⁶⁴ OMS, « ICOPE : Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires (Manuel) », 2019, p.38. URL : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329945/9789290313274-fre.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

¹⁶⁵ Arrêté du 7 mai 2019 portant modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

2.3. L'environnement du repas

La très grande majorité des personnes âgées prend ses repas à domicile, tandis que les classes d'âge plus jeunes qui fréquentent davantage des services de restauration collective au déjeuner ou sortent davantage au restaurant¹⁶⁶. D'après le Crédoc, les 65-74 ans accordent de l'importance au contexte des prises alimentaires, en valorisant les repas en famille, pris tranquillement. Dans la réalité, 30% des plus de 65 ans les prennent seuls et 11% sautent au moins un repas par semaine¹⁶⁷.

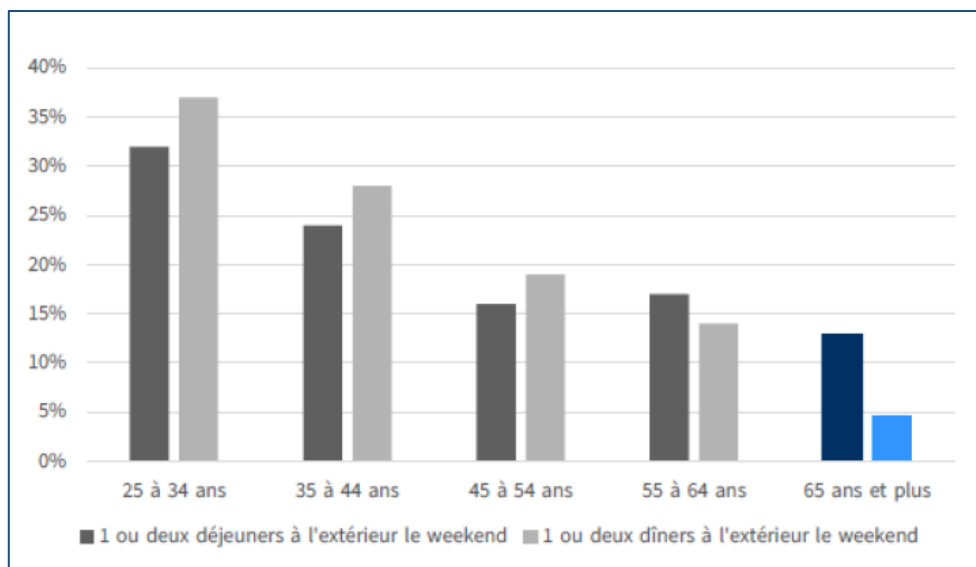


Figure 4. En général, sur les 2 repas du midi/ du soir du week-end, combien en prenez-vous à l'extérieur ?

Source : Crédoc, enquête CCAF 2023

2.3.1. Isolement social

Sonia Bouima rappelle que l'« isolement social » est un **phénomène complexe et pluriel** qui ne se limite pas uniquement à un manque de contacts¹⁶⁸. Il intègre différentes composantes relatives à l'intégration sociale¹⁶⁹, au soutien social¹⁷⁰ et à la participation sociale^{171,172}. Il faut également le distinguer d'autres formes d'isolement (géographique, matrimonial¹⁷³, résidentiel¹⁷⁴, etc.) qui, si elles peuvent y participer, ne sont pas forcément synonymes d'isolement social. De même, ces situations n'impliquent pas nécessairement de « solitude », qui correspond quant à elle à un sentiment éprouvé. Ainsi, « être seul », « vivre seul » et se « sentir seul » ne vont pas forcément de pair¹⁷⁵. Il existe une **multitude de « situations d'isolement »** aux causes et aux conséquences variées,

¹⁶⁶ Notamment, par rapport aux plus jeunes, les plus âgées prennent moins de repas à l'extérieur le week-end. 13% des plus de 65 ans de l'enquête déjeune à l'extérieur le midi le week-end et seuls 5% des plus de 65 ans dînent à l'extérieur le week-end. Source : Mathilde Gressier, Audition du 9 septembre 2023. Source : Crédoc, enquête CCAF 2023

¹⁶⁷ Audition du Crédoc, le 9 novembre 2024.

¹⁶⁸ L'Insee définit « l'isolement relationnel » comme « l'absence ou le nombre restreint de contacts interpersonnels avec des périodes extérieures au ménage. Par convention sont considérées comme « isolées » des personnes ayant eu que quatre contacts (physiques ou téléphonique) d'ordre privé au cours d'une semaine donnée » Pan Ké Shon J.-L., « Isolement relationnel et mal-être », Insee première, 931, 2003.

¹⁶⁹ Au marché du travail, à la famille, à la communauté mais aussi le fait d'adhérer à la culture à laquelle on appartient, etc.

¹⁷⁰ Natures, formes et provenances de l'aide apportée et caractéristiques des liens sur lesquelles elle s'appuie.

¹⁷¹ A des activités associatives, religieuses, sportives, etc.

¹⁷² Massé R., « Apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé », 1995, 2(1), 102-117

¹⁷³ Célibat, divorce, veuvage.

¹⁷⁴ Vivre seule dans son logement.

¹⁷⁵ Kaufmann J.-C., « Les cadres sociaux du sentiment de solitude. Sciences sociales et santé », 1995, 13(1), 123-136.

de même que leurs vécus subjectifs varient considérablement d'un individu à l'autre. Ce n'est pas tant l'isolement ou la solitude qui posent problème en soi, que leur caractère subi et chronique^{176,177,178}.

L'isolement social est un enjeu majeur dans l'accompagnement des personnes âgées dont les **liens sociaux peuvent se fragiliser au fil de l'avancée en âge** : passage à la retraite, décès des ami(e)s et/ou du ou de la conjoint(e), diminution des activités en raison de problèmes de santé par exemple, perte de repères liés à la mise en institution, etc. Ainsi, il est important d'aborder la question de l'isolement social et de la solitude également **en institution** : on peut se sentir seul en EHPAD même si on fréquente la salle commune par exemple. Comme le rappelle en effet Sonia Bouïma, les liens sociaux sont de nature complexe et peuvent être subis ou choisis, positifs ou négatifs. Il convient également de ne pas considérer toute personne âgée comme étant potentiellement « isolée », cette représentation s'inscrivant selon Sonia Bouïma dans une représentation homogène et misérabiliste de la vieillesse. L'isolement social au grand âge correspond le plus souvent à des fragilités socio-économiques avant le passage à la retraite, qui s'intensifient au fil de l'avancée en âge.

L'isolement social peut avoir des conséquences néfastes sur le bien-être émotionnel, mental et physique. Il peut notamment impacter l'alimentation des personnes âgées en induisant une baisse des prises et de la diversité alimentaire qui peut être liée à une perte d'envie et/ou des difficultés à cuisiner et à manger (pour soi) seul. Un corpus de travaux plus ou moins fragmentaires et mobilisant différentes méthodologies, montre divers aspects des repas des personnes âgées « seules », « vivant seules » ou mangeant « seules »¹⁷⁹ sans toutefois s'accorder sur une définition précise de l'isolement, ni toujours sur l'évaluation nutritionnelle de la qualité des repas. Par exemple, manger toujours la même chose ou ne pas cuisiner soi-même ses repas n'impliquent pas nécessairement une mauvaise qualité nutritionnelle.

S'appuyant sur une revue de la littérature scientifique et sur l'observation de repas partagés dispensés par des associations luttant contre la dénutrition et l'isolement des personnes âgées, Sonia Bouïma a également observé que **la commensalité** (c'est-à-dire le fait de manger avec d'autres personnes) **pouvait avoir différents effets sur les prises alimentaires** :

1. une augmentation des prises alimentaires induite par un effet d' « **entraînement social** »¹⁸⁰ mais pouvant aussi déboucher sur des excès alimentaires et/ou d'alcool,
2. une régulation des prises alimentaires et une normalisation des manières de table induites par un effet de « **contrôle social** »¹⁸¹ mais pouvant aussi s'accompagner de privation alimentaire et de stigmatisation sociale.

Les effets des liens sociaux sur l'alimentation ne sont donc ni automatiques, ni univoques.

2.3.2. Convivialité vs. Commensalité

Selon Sonia Bouïma, l'alimentation tient une **place de plus en plus importante dans les politiques vieillesse qui recommandent la préparation et la consommation en commun du repas pour les personnes âgées** vivant en institution comme pour celles vivant à leur domicile. Pour l'autrice cependant, ces préconisations semblent moins s'appuyer sur des données objectivables démontrant les liens effectifs entre isolement, commensalité et équilibre

¹⁷⁶ Idem, Ibidem

¹⁷⁷ Schurmans M.N., « Les Solitudes, Paris, Presses Universitaires de France, « Sociologie d'aujourd'hui », 2003, 304 p.

¹⁷⁸ Hannoun M., « Nos solitudes : enquête sur un sentiment, Epreuves des faits, Point actuel », 1991, 281 p.

¹⁷⁹ Rosenbloom C.A. et Whittington F.J., « The Effects of Bereavement on Eating Behaviors and Nutrient Intakes in Elderly Widowed Persons », Journal of Gerontology 48, no 4 (juillet 1993): S223-229, <https://doi.org/10.1093/geronj/48.4.s223>;

Vesnaver E. et al., « Alone at the Table: Food Behavior and the Loss of Commensality in Widowhood », The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 71, no 6 (novembre 2016): 1059-69, <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv103>;

Locher J.L. et al., « The Effect of the Presence of Others on Caloric Intake in Homebound Older Adults », The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 60, no 11 (novembre 2005): 1475-78, <https://doi.org/10.1093/gerona/60.11.1475>.

Kimura Y. et al., « Eating Alone among Community-Dwelling Japanese Elderly: Association with Depression and Food Diversity », The Journal of Nutrition, Health & Aging 16, no 8 (août 2012): 728-31, <https://doi.org/10.1007/s12603-012-0067-3>.

¹⁸⁰ Sobal J., Nelson M.K., « Commensal eating patterns: a community study. Appetite », 2003, 41(2), 181-190.

¹⁸¹ Idem, Ibidem

nutritionnel, que sur une représentation idéalisée du « repas partagé » perçu comme étant systématiquement convivial et sain, construite en opposition au « repas solitaire » perçu quant à lui comme étant systématiquement austère et malsain. Sonia Bouima rappelle que la commensalité (c'est-à-dire le fait de manger avec d'autres personnes) n'est pas forcément synonyme de convivialité (c'est-à-dire le plaisir qui peut y être associé).

Dans ses travaux de recherche, Sonia Bouima montre ainsi que si la commensalité peut effectivement participer à **la création ou au renforcement de certains liens sociaux**, ceux-ci s'appuient sur des affinités généralement construites sur la base d'une appartenance sociale commune (situation socioprofessionnelle avant la retraite, sexe, état de santé...). Ainsi, la commensalité implique également **des phénomènes d'entre-soi et d'exclusion sociale**¹⁸². Elle invite donc à nuancer la notion de « lien social » en considérant la pluralité des « liens sociaux » et des formes qu'ils peuvent prendre.

Fort de ce constat, l'enjeu qui émerge est d'arriver à remettre du « lien social » sans avoir recours à une commensalité forcée ni à une vision idéalisée du repas partagé. Dans les salles à manger des EHPAD par exemple, cela peut impliquer de laisser les résident(e)s **choisir où s'asseoir** en fonction de leurs affinités, de leur laisser la possibilité de manger seul ou d'animer grâce à la présence d'un(e) professionnel(le) à table les repas partagés pour faciliter l'intégration des résident(e)s les plus fragiles.

Cela amène également à réfléchir à d'autres modes d'habitat et de lieux de vie valorisant la participation sociale et la liberté de choisir de leurs usagers.

2.4. Focus sur le portage de repas à domicile

En France¹⁸³, **le portage de repas à domicile concerne 80 000 personnes** et est proposé par de nombreuses collectivités ou associations dans le cadre de l'action sociale. De fait, 66% des communes de 5 000 à 20 000 habitants proposent un service de portage de repas aux personnes âgées les plus démunies et/ou dépendantes. La mise en place d'un portage de repas à domicile dans le cadre de l'action sociale dépend de trois conditions :

- Le **niveau de besoin d'aide** pour les actes de la vie quotidienne (incapacité à faire soi-même les courses et la cuisine) ;
- Les **revenus** (prise en charge de tout ou partie du coût du portage par les mairies, les conseils départementaux et éventuellement par les caisses de retraite en fonction du revenu de la personne) ;
- L'**âge** (être âgé d'au moins 65 ans ou d'au moins 60 ans pour une personne inapte au travail).

Dans le cas de l'action sociale, le service de portage est réalisé soit par une cuisine centrale de la ville, ou délégué à une entreprise privée dans le cadre d'une prestation de service. Mais le portage de repas peut aussi être réalisé par les entreprises privées en vente directe auprès d'un marché de personnes âgées souvent plus aisées.

Le travail de Ségolène Fleury¹⁸⁴ a montré que **la difficulté à faire les courses est un facteur important dans le processus d'installation du portage de repas**¹⁸⁵. Deux processus d'installation du portage de repas peuvent être observés au sein de la population âgée :

- **Mise en place progressive** : le service de portage de repas s'ajoute ou remplace une partie des aides (souvent les courses) qui avaient été mises en place auparavant. La mise en place de ce service est une étape dans la trajectoire de la perte d'autonomie de la personne, souvent bien entourée par ses proches.
- **Mise en place brutale** : un service portage de repas est mis en place en même temps qu'une batterie d'aides (aide pour le ménage, la toilette, télésurveillance...), souvent suite à une hospitalisation, par une

¹⁸² Grignon C., « Commensality and social morphology: an essay of typology », in : Scholliers P. (dir.), Food, drink and identity. Cooking, eating and drinking in Europe since the middle ages, Oxford, Berg Publishers, 2001, p. 23-33.

¹⁸³ Fleury et al. 2020

¹⁸⁴ Fleury S., « Le portage de repas à domicile : enjeu et impact de ce service sur le statut nutritionnel de la personne âgée dépendante » (These de doctorat, Bourgogne Franche-Comté, 2021), <https://theses.fr/2021UBFCI007>.

¹⁸⁵ Fleury S. et al., « La personne âgée en portage de repas: quel statut nutritionnel? », Nutrition Clinique et Métabolisme 36, no 1 (2022): S41-42.

assistante sociale, alors que la personne, souvent isolée d'un point de vue social, ne recevait aucune aide au préalable.

Les personnes âgées qui bénéficient d'un portage de repas à domicile sont souvent des personnes fragiles d'un point de vue nutritionnel : **une personne sur deux est à risque de dénutrition ou dénutrie**. L'installation d'un **service de portage permet en moyenne d'améliorer le statut nutritionnel** de la personne, notamment quand cette dernière reçoit 2 à 3 repas par jour plutôt qu'un seul.

Ségolène Fleury (2020) propose plusieurs pistes pour améliorer les services de portage de repas :

- Garantir la **qualité nutritionnelle** (couvrir les besoins nutritionnels des bénéficiaires compte-tenu de leur appétit) et **sensorielle** (maintenir le plaisir à manger) des offres de repas
- **Élargir l'offre** à la livraison de courses ou de plats semi-préparés (ingrédients à assembler, permettant à la personne âgée de rester actrice de son alimentation)
- Communiquer de **façon positive et non stigmatisante** sur les services de portage de repas.

3. Axe 3 - L'alimentation des personnes âgées : contexte politique et social

3.1. Les politiques publiques en lien avec l'alimentation des personnes âgées

3.1.1. Des politiques publiques à destination des personnes âgées qui ciblent peu l'alimentation

Les **politiques publiques ciblant spécifiquement les personnes âgées** sont **peu développées** et ne traitent pas ou peu de leur alimentation. Parmi les récentes politiques publiques concernant les personnes âgées on peut citer :

- La **Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement** (loi ASV). Cette loi vise à ce que « l'adaptation de la société au vieillissement soit un impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation » (Article 1 – Titre préliminaire) et qui donne « la priorité à l'accompagnement à domicile ». Elle contient des mesures visant à améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches afin qu'elles puissent vieillir chez elles dans de bonnes conditions (amélioration de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) à domicile, reconnaissance et soutien aux proches aidants par le droit au répit, réforme du congé de soutien familial qui devient congé de proche aidant, nouvelles aides pour améliorer la prévention de la perte d'autonomie)¹⁸⁶.
- La **Stratégie nationale « Vieillir en bonne santé » 2020-2022**¹⁸⁷. Cette stratégie globale a pour objectif la prévention de la perte d'autonomie. Elle repose sur six mesures phares : « lancer une application de santé « avancer en âge en bonne santé »¹⁸⁸, renforcer la prévention au moment du passage à la retraite, diffuser un programme de dépistage des fragilités des personnes selon le programme ICOPE¹⁸⁹, diffuser un label « Ville amie des Aînés », un investissement fort pour atteindre l'objectif « zéro passage par les urgences », créer un centre de ressources sur la prévention de la perte d'autonomie¹⁹⁰ »¹⁹¹. Cette Stratégie nationale

¹⁸⁶ CNSA, « Les mesures de la loi d'adaptation de la société au vieillissement », Portail d'information pour les personnes âgées et leurs proches, mis à jour le 13 juillet 2022.

¹⁸⁷ Ministère des solidarités et de la santé, « Vieillir en bonne santé », Dossier de presse, 2020.

¹⁸⁸ « Mesure 1 : le lancement par Santé publique France d'une application en santé « avancer en âge en bonne santé », offrant une auto-évaluation de ses besoins, des conseils opérationnels et des orientations personnalisées pour une prévention renforcée à 40-45 ans, fin 2020. » Source : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

¹⁸⁹ Sénat, Rapport d'information n° 453 (2020-2021), déposé le 17 mars 2021.

¹⁹⁰ *Ibid.*

¹⁹¹ Levier 2 : Afin de mesurer l'impact des actions mises en œuvre par les conférences des financeurs et promouvoir les actions les plus efficaces pour lutter contre la perte d'autonomie, créer un centre de ressources en 2020. Il sera constitué d'experts reconnus dans le champ de la perte d'autonomie issus des secteurs de santé, des entreprises, etc.

n'a pas été évaluée, ce sont les travaux du Conseil National de la refondation Bien vieillir (2022-2023) puis la Stratégie Bien Vieillir publiée en 2023 qui ont pris le relai de cette Stratégie.

- Le **Plan national Antichute des personnes âgées**¹⁹². Ce plan a pour objectif de réduire de 20 % les chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024. Les ARS coordonnent des plans régionaux.
- La **Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie**. Cette loi nouvellement adoptée comporte une mesure concernant l'alimentation des personnes âgées : son article 30¹⁹³ prévoit la mise en place d'un cahier des charges comportant les règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés dans les établissements accueillant des personnes âgées.

Focus sur le programme ICOPE¹⁹⁴

Le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) est un programme de l'OMS¹⁹⁵ qui a pour objectif de prévenir et retarder la dépendance en dépistant de façon précoce les facteurs de fragilité chez les personnes âgées. Il prend en compte les six fonctions essentielles identifiées par l'OMS pour le maintien de l'autonomie : cognition, mobilité, nutrition, vue, audition, santé psychique. Ce programme comporte 5 étapes itératives : dépistage portant sur chacune de ces 6 dimensions ; en cas d'alerte, évaluation approfondie de la personne et de son environnement ; en cas de risque avéré, élaboration d'un plan de soin personnalisé avec la personne et ses aidant(e)s ; mise en œuvre du plan avec surveillance en intégrant les aidant(e)s et la communauté des soignants. Ce programme permet une prévention de la perte d'autonomie selon une approche participative et personnalisée. En ce qui concerne l'alimentation, la démarche ICOPE prévoit un dépistage de la perte de poids et d'appétit, une évaluation du risque nutritionnel¹⁹⁶, ainsi que la diffusion de conseils génériques sur l'alimentation (notamment de documents issus du PNNS et de Santé publique France) et éventuellement la mise en place d'un plan de soin personnalisé autour de l'enrichissement de l'alimentation et/ou autour de l'hygiène bucco-dentaire. Une expérimentation sur la mise en œuvre du programme ICOPE est actuellement en cours dans plusieurs régions, portée au niveau national par le ministère en charge de la santé et financée par l'assurance maladie, et se terminera en 2025. En fonction des résultats de l'évaluation, le dispositif pourrait être généralisé.

Extrait du questionnaire de l'Application « ICOPE Monitor » (repérage des problématiques de nutrition)¹⁹⁷ :

Nutrition	Poids actuel : Kg		
	1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non

Test en 2023 sur Téléphone (ICOPE Monitor) : les questions ci-dessus avec une option supplémentaire « Comment qualifiez-vous votre appétit au cours du dernier mois : pointer sur l'échelle la valeur qui vous correspond le mieux de 0 (pas du tout d'appétit) à 10 (très bon appétit) ».

¹⁹² Ministère en charge des solidarités, « Plan antichute des personnes âgées », 2022.

¹⁹³ L'article L. 230-5 du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié : 1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les établissements accueillant des personnes âgées mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, les règles relatives à la quantité et à la qualité nutritionnelle des repas proposés sont fixées par un cahier des charges établi par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de l'alimentation. »

¹⁹⁴ Audition de la Dr Sophie Guyonnet, IHU HealthAge, Directrice des Programmes, Responsable Cohorte Translationnelle Inspire-T, CHU Toulouse, Cité de la Santé, Inserm UMR1295, Equipe Vieillesse MAINTAIN du 31 janvier 2024. Pour en savoir plus : <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/hors-menu/annexe/retraites/programme-icope.html>

¹⁹⁵ WHO, « Integrated care for older people: guidelines on communitylevel interventions to manage declines in intrinsic capacity. » Geneva: World Health Organization, 2017

¹⁹⁶ Cette évaluation se fait en utilisant le questionnaire *Short Mini Nutritional Assesment*, et non les nouveaux critères établis par la HAS, 2021.

¹⁹⁷ https://res.cloudinary.com/dchq6gv60/image/upload/v1700068903/Questionnaire_etape_1_c5abe81e99.pdf

3.1.2. Des politiques publiques de l'alimentation et de la nutrition

Les politiques publiques dédiées à l'alimentation traitent principalement de la dimension nutritionnelle de l'alimentation des personnes âgées dans un objectif de lutte contre la dénutrition :

- Le **Programme national nutrition santé (PNNS)**, qui a pour objectif « l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population par l'amélioration de la nutrition », vise la réduction du « pourcentage de personnes âgées dénutries vivant à domicile ou en institution : de moins de 15% pour les plus de 60 ans et de moins de 30% pour les plus de 80 ans. ». Pour ce faire, un certain nombre de mesures vise la réduction de la dénutrition chez les personnes âgées telles que :
 - Action 6 « Élaborer, publier et diffuser les nouvelles recommandations nutritionnelles en restauration collective, notamment scolaire »
 - Action 10 « Diffuser les nouvelles recommandations du PNNS et faciliter leur mise en œuvre »
 - Action 22 « Agir sur les comportements sédentaires dans la vie quotidienne pour tous et à tout âge »
 - Action 37 « Prévenir la dénutrition en sensibilisant le grand public et les professionnel(le)s de santé et du secteur social en mettant en place chaque année « une semaine nationale de la dénutrition »
 - Action 38 « Favoriser le dépistage précoce de la dénutrition chez les séniors »
 - Action 39 « Promouvoir la Charte nationale pour une alimentation responsable et durable dans les établissements médico-sociaux »
 - Action 40 « Améliorer la formation initiale et continue des professionnel(le)s travaillant dans les établissements médico-sociaux »
 - Action 43 « Développer la pratique d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes détenues » (« les personnes détenues âgées de 50 ans et plus représentent 11% de la population carcérale »)
 - Action 54 « Mettre en place diverses études de surveillance et notamment « mettre en place des études sur l'état nutritionnel des personnes âgées » car d'après le bilan du PNNS publié en 2024, « la France ne dispose d'aucune donnée sur les consommations alimentaires, l'activité physique et l'état nutritionnel des personnes âgées de plus de 75-80 ans »¹⁹⁸. L'objectif de cette action du PNNS 4 était de réaliser une estimation de ces paramètres chez les personnes vivant à domicile. La tranche d'âge des personnes concernées par l'étude Albane a été étendue jusqu'à 79 ans. Le caractère cyclique de cette enquête permettra de cumuler les données spécifiques sur les 70-79 ans pour mieux décrire leur état nutritionnel, et leur niveau d'activité physique et de sédentarité. »
- Le **Programme National pour l'Alimentation 3 (PNA) 2019-2023**¹⁹⁹, qui vise à « assurer à la population l'accès à une alimentation sûre, saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante, produite dans des conditions économiquement et socialement acceptables par tous, favorisant l'emploi, la protection de l'environnement et des paysages et contribuant à l'atténuation et à l'adaptation aux effets du changement climatique ». Abordant pratiquement toutes les dimensions de l'alimentation, qu'il s'agisse de la santé, de la nutrition, de l'aide alimentaire, de l'éducation, du gaspillage, de l'ancrage territorial, de l'économie circulaire, de la protection de l'environnement et de la biodiversité, le PNA3 2019-2023 propose une approche transversale et intégrative s'adressant à des publics cibles très divers mais ces actions ne visent pas spécifiquement les personnes âgées. Pour autant les actions du PNA sur la restauration collective concernent aussi les personnes âgées via la restauration collective en institution (EHPAD). Par ailleurs il est précisé dans le PNA3 que « la politique de l'alimentation participe à la prévention de la précarité

¹⁹⁸ Au moment de la rédaction de cet avis, aucune estimation n'a été publiée.

¹⁹⁹ <https://agriculture.gouv.fr/programme-national-pour-lalimentation-2019-2023-territoires-en-action>

alimentaire. L'obligation faite à la restauration collective de s'approvisionner au moins à 50 % en produits de qualité et durables en 2022 permet d'offrir, par son caractère social, une alimentation de meilleure qualité au plus grand nombre, notamment aux enfants et aux personnes âgées ou dépendantes. » (PNA3, p. 14). Le PNA 3 est divisé en trois axes thématiques, comportant des sous-objectifs, et deux leviers transversaux ; la restauration collective/conseil national de la restauration collective et les projets alimentaires territoriaux :

- Justice sociale : Amélioration de la qualité nutritionnelle et diversification de l'offre alimentaire, lutte contre la précarité alimentaire et information du consommateur
- Lutte contre le gaspillage alimentaire
- Education à l'alimentation : Éducation à l'alimentation de la jeunesse et mise en valeur du patrimoine alimentaire.

Par ailleurs, la loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite **loi « EGAlim »**, complétée par la loi n° 2021-1104 du 22 août 2021 portant lutte contre le dérèglement climatique et renforcement de la résilience face à ses effets, dite loi « Climat et résilience », a introduit des obligations pour l'ensemble des restaurants collectifs, y compris ceux des établissements d'hébergement des personnes âgées. Ces dispositions concernent une intégration accrue de produits durables et de qualité (dont les produits bio) dans la fabrication des repas servis, une diversification des sources de protéines, la lutte contre le gaspillage alimentaire, la substitution des ustensiles en plastique (en conformité avec la loi AGECE) et enfin l'information des convives.

- **Le GEM-RCN (groupe d'étude des marchés de restauration collective et de nutrition)** est un groupe qui était piloté par le ministère en charge de l'économie et des finances, et réunissait différentes parties prenantes de la restauration collective. Sa mission était d'améliorer la qualité nutritionnelle des repas servis en collectivités (restauration scolaire, crèche, milieu carcéral, restauration collective pour adultes et pour personnes âgées, en EHPAD ou via le portage de repas), via la publication de guides de recommandations nutritionnelles. Ce guide, dont la dernière actualisation date de 2015, comprend notamment des tableaux de fréquences de consommation des produits et des tableaux de grammages des portions, permettant de faciliter l'élaboration des menus.

En 2019, le Gouvernement a institué le **Conseil national de la restauration collective (CNRC)**, qui regroupe les pouvoirs publics et sept collèges d'acteurs impliqués dans la restauration collective, autour de différentes thématiques : approvisionnement en produits durables et de qualité, qualité nutritionnelle des repas, économie ou plastiques. Cette instance a notamment pour missions d'élaborer les textes réglementaires, de piloter leur mise en œuvre opérationnelle et d'accompagner les acteurs et actrices. Le groupe de travail "nutrition" prend ainsi la suite du GEM-RCN pour élaborer les recommandations nutritionnelles en restauration collective, sur la base des avis d'expertise scientifique de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), du Haut Conseil de la Santé Publique et de Santé publique France.

En attendant l'actualisation des recommandations sur la qualité nutritionnelle des repas pour les différentes populations en restauration collective, les recommandations du GEM-RCN restent utilisées comme référence.

3.1.3. Des politiques publiques encore insuffisamment orientées vers la prévention

D'après Santé publique France, les politiques publiques autour de l'alimentation adoptent généralement une approche « populationnelle » (ciblent des segments de la population) ou « générationnelle ». Ces dernières ciblent plutôt les âges extrêmes de la vie (enfance, petite enfance, adolescence et grand âge), alors que « bien vieillir commence par des actions, des mesures qui sont engagées tout au long du cycle de vie, dès la petite enfance ».

En particulier, la **population adulte « à mi-vie » fait rarement l'objet d'un ciblage des politiques publiques**²⁰⁰. En effet, la mi-vie (40-55 ans) est un âge pivot souvent associé à des changements (conditions d'emploi, séparation de son ou sa conjoint(e), départ des enfants). Ces changements peuvent être à la fois source de fragilités mais aussi source d'opportunités pour agir auprès de ce public. De nombreux travaux ont montré que l'adoption de comportements de prévention à cet âge (notamment une alimentation saine, la pratique d'activité physique) était associée à la réduction du risque de diabète, de maladies cardiovasculaires et de maladies neuro-dégénératives²⁰¹ et contribuait au bien-vieillir. Promouvoir des comportements de prévention à mi-vie est d'autant plus important qu'à l'heure actuelle, la génération des 40-55 ans est marquée par des indicateurs de santé dégradés, et, pour certains bien plus péjoratifs que ceux des générations précédentes. Les 40-54 ans d'aujourd'hui cumulent un certain nombre de comportements ou de facteurs de risque, notamment autour de l'alimentation et de l'activité physique, et commencent également à cumuler plusieurs pathologies chroniques et différents facteurs de comorbidités. Cet état de fait, s'il se maintient, pourrait conduire à la dégradation de l'état de santé et de l'autonomie des futures générations âgées par rapport aux générations âgées actuelles. Pour Santé publique France, il est essentiel de cibler davantage la mi-vie, une tranche d'âge aujourd'hui peu identifiée dans le cadre des politiques publiques.

En résumé, **permettre à une population de « bien-vieillir » nécessite des politiques publiques fortes de prévention**, s'articulant autour d'une compréhension globale de l'alimentation (et pas uniquement de la nutrition) et ciblant la population adulte depuis la mi-vie jusqu'aux âges plus avancés, d'abord en favorisant l'adoption de comportements alimentaires favorables à la santé, pour prévenir la survenue de pathologies, puis en mettant en place des actions permettant de repérer de façon précoce les situations à risque et d'adapter l'environnement alimentaire aux difficultés rencontrées par les personnes âgées. Par ailleurs, pour parvenir à la mise en œuvre efficace de ces politiques de prévention, il est indispensable et prioritaire de sensibiliser et d'informer les personnes âgées, ainsi que d'informer, sensibiliser et former aux enjeux et aux bonnes pratiques, toutes les personnes, professionnel(le)s et aidant(e)s, au contact des personnes âgées et de leur alimentation.

3.2. La prise en compte spécifique de la dimension environnementale pour l'alimentation des personnes âgées

Dans ce chapitre, la dimension environnementale concerne les trois leviers majeurs pour aller vers une alimentation plus durable : 1) des modes de production plus vertueux (loi EGAlim) ; 2) la végétalisation des choix alimentaires ; 3) la réduction des pertes et gaspillages.

3.2.1. Circuits d'approvisionnement durables et de qualité : où en est-on ?

La loi EGAlim et la loi Climat et Résilience encadrent la qualité et la durabilité des produits alimentaires achetés pour fabriquer les repas en restauration collective. Depuis 2022²⁰², la loi impose une obligation d'intégration d'au moins 50% de produits de qualité et durables, dont au moins 20% de produits biologiques²⁰³, dans la fabrication des repas servis dans les restaurants collectifs publics ou à charge de service public en France continentale, avec des ajustements sur les territoires ultra-marins, et 60 % de produits durables et de qualité pour les viandes et les poissons au 1er janvier 2024 (taux porté à 100% pour la restauration d'Etat). Ces obligations ont été étendues à la restauration des entreprises privées au 1er janvier 2024.

²⁰⁰ Le dispositif « Mon Bilan Prévention » a été lancé en septembre 2024 pour permettre à chaque individu, tout au long de sa vie, de bénéficier de plusieurs rendez-vous prévention à quatre âges clés (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans). Pour en savoir plus : « [Mon Bilan Prévention](https://sante.gouv.fr/mon-bilan-prevention) » : [lancement d'un dispositif ambitieux pour améliorer la santé des Français - Ministère du travail, de la santé et des solidarités \(sante.gouv.fr\)](https://sante.gouv.fr/mon-bilan-prevention)

²⁰¹ D'après la cohorte de Caerphilly (constituée de 2 235 hommes de 45 à 59 ans recrutés en 1979 et suivis pendant trente ans), l'adoption de 4 à 5 comportements favorables à la santé permet de réduire de moitié ou plus le risque de mortalité, de diabète, de maladies cardiaques et cérébrales. Source : Elwood P. et al. PLoS One. 2013; 8 (12): e81877 e.

²⁰² 2022 pour la restauration collective de service publique (dont EHPAD), 2024 pour la restauration collective des entreprises privées

²⁰³ Liste définie à l'article 230-5-1 du Code Rural et de la Pêche Maritime

Le rapport présentant le bilan EGAlim 2023²⁰⁴ montre que les taux d’approvisionnement en produits de qualité et durables et en produits issus de l’agriculture biologique pour les EHPAD sont respectivement de 13,5 % et 3 %²⁰⁵, largement en dessous des taux prescrits par la loi. Par ailleurs, le bilan met en évidence un faible taux d’établissements ayant adhéré à la démarche auto-déclarative probablement en raison d’une méconnaissance des obligations²⁰⁶ et un faible avancement dans la démarche d’intégration de produits durables et de qualité.

Afin d’accompagner les acteurs et actrices de la restauration collective sur le secteur médical et médicosocial, notamment les EHPAD, un certain nombre de ressources²⁰⁷ sont disponibles sur la plateforme gouvernementale « ma cantine », et notamment la présentation des mesures de la loi EGAlim complétée par la loi Climat et résilience concernant la restauration collective²⁰⁸.

3.2.2. Végétalisation de l’alimentation : intérêt et limites

Afin de réduire l’impact environnemental des systèmes alimentaires, le « rééquilibrage entre la consommation d’aliments d’origine végétale et d’origine animale, en particulier à travers la modération dans la consommation de viande »²⁰⁹ est mis en avant par les études scientifiques en plus des bénéfices sur la santé en population générale. Une des actions du PNA 3 concerne d’ailleurs la promotion des protéines végétales en restauration collective, avec notamment l’élaboration par les services de restauration collective d’un plan pluriannuel de diversification de protéines incluant des alternatives à base de protéines végétales dans les repas proposés (action 24). **Cependant, la mise en œuvre de ce rééquilibrage pour la population âgée soulève des enjeux spécifiques, notamment pour garantir un apport protéique adéquat et de bonne qualité afin de couvrir les besoins en acides aminés des organes, pour le bon fonctionnement des fonctions physiologiques de l’organisme et plus spécifiquement pour prévenir la sarcopénie afin de maintenir la mobilité et l’indépendance.**

Pour avoir un effet optimal de l’apport protéique, la quantité d’acides aminés dans le plasma doit atteindre un niveau minimal en post prandial (seuil Anabolique). Or avec l’âge et/ou en cas de maladie chronique, ce seuil à atteindre est plus élevé et nécessite l’ingestion de plus de protéines pour l’atteindre. C’est pourquoi les besoins en protéines des personnes âgées sont supérieurs à ceux d’une population plus jeune : 1 à 1,2 g / kg de poids corporel / jour contre 0,83 à 1 g/kg/j chez les adultes plus jeunes. Ces besoins peuvent même être majorés à 1,5 g/kg/j en cas de pathologie ou de maladie chronique installée. En France, **près d’1/3 des personnes âgées de plus de 70 ans n’atteignent pas cette recommandation**²¹⁰. Ce pourcentage augmente chez les personnes âgées dépendantes : 7 à 8 personnes âgées sur 10 bénéficiant d’un portage de repas à domicile ou vivant en EHPAD ont des apports protéiques inférieurs à 1 g / kg de poids corporel / jour²¹¹. La végétalisation de l’apport en protéines consiste à substituer, de façon partielle ou complète, des protéines d’origine animale (viande, œufs, produits laitiers, poisson) par des protéines d’origine végétale (céréales, légumineuses, fruits à coque ...).

Chez la personne âgée, les défis posés par cette végétalisation sont nombreux :

²⁰⁴ Le bilan est issu des télédéclarations sur la plateforme MaCantine. « Dans le cadre du secteur médico-social, la majeure partie du nombre des déclarations provient du sous-secteur des « établissements des personnes âgées », des EHPAD en particulier, le 71%, qui regroupe le 82% des achats de ce secteur.» p.24 du rapport.

²⁰⁵ Ministère de l’Agriculture et la Souveraineté Alimentaire, « Bilan statistique annuel 2023 de l’application des objectifs d’approvisionnement fixés à la restauration collective », N°59 (2023-2024), Décembre 2023. Disponible sur : <https://ma-cantine-1.gitbook.io/ma-cantine-egalim/rapports-du-gouvernement-au-parlement>, consulté le 17 Avril 2024

²⁰⁶ Ma Cantine étant devenue obligatoire par arrêté le 14 septembre 2022.

²⁰⁷ <https://ma-cantine-1.gitbook.io/ma-cantine-egalim/les-ressources-pour-les-etablissements-de-sante-et-medico-sociaux>.

²⁰⁸ https://ma-cantine.agriculture.gouv.fr/static/documents/2208_Mesures-LoiEgalim_BRO_V3.pdf

²⁰⁹ CNA, « Nouveaux comportements alimentaires », Avis n°90, 2022

²¹⁰ Audition de Dominique Dardevet, le 10 janvier 2023 – recommandations du PNNS sur la viande (500 g maximum par semaine), charcuterie (150 g maximum par semaine).

²¹¹ Sulmont-Rossé C. et al., « Quels aliments pour maintenir la prise alimentaire chez les personnes âgées et prévenir la dénutrition ? », *Innovations Agronomiques*, Vol. 65, (2018) : 99-111. DOI : 10.15454/1.5408041258793853E12 ; Fleury S. et al. (2021). « Home-Delivered Meals: Characterization of Food Intake in Elderly Beneficiaries. » *Nutrients*. 2021 Jun 16;13(6):2064. doi: 10.3390/nu13062064.

La qualité des protéines. Les protéines d'origine végétale ont un profil en acides aminés de moins bonne qualité que les protéines d'origine animale²¹². En effet, il existe 9 acides aminés²¹³ dits « essentiels » car ils ne peuvent pas être synthétisés par l'organisme et doivent obligatoirement être apportés par l'alimentation. Or, tandis que ces 9 acides aminés sont présents en quantité suffisante dans les produits d'origine animale, les céréales ont une teneur insuffisante en lysine et les légumineuses ont une teneur insuffisante en méthionine et cystéine (acides aminés soufrés). Pour limiter l'impact des acides aminés limitants, il est donc recommandé de combiner céréales et légumineuses. **Ainsi, un mélange de 80% de protéines venant de légumineuses et de 20% de protéines venant de céréales permet d'obtenir un rééquilibrage en acides aminés essentiels.**

La digestibilité et la vitesse de digestion des protéines²¹⁴. La digestibilité des protéines végétales est souvent un peu plus faible que celles des protéines d'origine animale. De plus, à digestibilité équivalente, les protéines d'origine végétale sont associées à des vitesses de digestion plus lentes, et donc à une augmentation plus faible du taux circulant des acides aminés dans l'organisme après un repas qu'avec des protéines animales (sauf pour la caséine). En référence au début du paragraphe 1.1.1, ce taux circulant doit atteindre un certain seuil (le « seuil anabolique ») pour stimuler la synthèse de nouvelles protéines et limiter la destruction des protéines de l'organisme (et notamment des protéines musculaires). De plus, l'impact de la transformation, de la structure et de la composition d'un aliment (par exemple : graines consommées en mélange, transformation des graines en farine) sur la digestibilité et la vitesse de digestion des protéines végétales restent encore méconnus.

Les quantités à ingérer. La quantité de protéines à ingérer pour que ces dernières soient utilisées de façon optimale par l'organisme doit être plus importante si elles sont d'origine végétale que d'origine animale. Ainsi, chez la personne âgée, **une diète « 100% protéines végétales » nécessite d'augmenter de 25% la recommandation pour atteindre une optimisation de cet apport comparé à des sources d'origine animale (1.4 vs 1.1g/kg/j).**

Les teneurs en protéines sont souvent plus faibles dans les produits végétaux que dans les produits animaux (produits carnés) lorsqu'ils sont prêts à être consommés par l'être humain. Ceci va se traduire par une augmentation significative des volumes alimentaires à ingérer pour obtenir l'apport protéique recommandé (1.1 à 1.4g/kg/j selon le degré de végétalisation des protéines de l'assiette). Si on prend l'exemple d'une personne âgée de 70 kg, avec une recommandation à 1.2g/kg/j soit 84 g de protéines de qualité à consommer par jour :

- 1) dans le cadre d'un régime omnivore (environ 2/3 de protéines d'origine animale et 1/3 de protéine d'origine végétale), en consommant sur 1 repas 100 g de viande, 200 g de lentilles cuites et 30 g de fromage elle consommera 44g de protéines et couvrira environs la moitié de ses besoins quotidiens en protéines.
- 2) Dans le cadre d'un régime végétarien (exclusion de la viande, poisson, mollusque, crustacé uniquement), elle devra consommer 1 œuf, 200 g de lentilles cuites, 200 g de haricots blancs cuits, 30 g de fromage et 200 g de riz cuit pour obtenir 44g de protéines.

Plus l'alimentation sera végétalisée et plus les volumes alimentaires à ingérer seront importants, ce qui peut être particulièrement problématique chez des personnes âgées en perte d'appétit.

Pour autant, végétaliser l'alimentation est aussi associé à des effets bénéfiques sur la santé et pour le bien-vieillir :

- apports de composés anti-oxydants / anti-inflammatoires ;

²¹² Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human Nutrition (2002 : Geneva, Switzerland), Food and Agriculture Organization of the United Nations, World Health Organization & United Nations University. (2007). Protein and amino acid requirements in human nutrition : report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43411>

²¹³ Un acide aminé est la brique de base d'une protéine.

²¹⁴ Dardevet D. et al., « Muscle Wasting and Resistance of Muscle Anabolism: The "Anabolic Threshold Concept" for Adapted Nutritional Strategies during Sarcopenia », The Scientific World Journal 2012 (2012): 1-6, <https://doi.org/10.1100/2012/269531> ;
Dardevet D. et al., « Important Determinants to Take into Account to Optimize Protein Nutrition in the Elderly: Solutions to a Complex Equation », The Proceedings of the Nutrition Society 80, no 2 (mai 2021): 207-20, <https://doi.org/10.1017/S0029665120007934>.

- apports de fibres alimentaires permettant de faciliter le transit intestinal et de préserver la santé du microbiote ;
- ces deux points permettant de prévenir la survenue de nombreuses pathologies chroniques²¹⁵.

Chez la personne âgée, il est donc important **de trouver un compromis entre végétalisation de l'alimentation et maintien d'un apport protéique adéquat permettant à la personne de préserver son état de santé et en particulier sa masse et fonction musculaires**. Ce compromis doit également tenir compte du profil et de l'état de santé de la personne âgée²¹⁶, mais aussi de ses goûts et habitudes culturelles :

- Le flexitarisme (augmenter les sources de protéines végétales dans ses menus et en diminuant certaines sources de protéines animales comme la viande et le poisson) est un bon compromis si l'état de santé de la personne âgée est satisfaisant.
- Le végétarisme peut être maintenu s'il est bien maîtrisé et si l'état de santé de la personne âgée est satisfaisant. Le végétarisme est difficile à maintenir avec l'avancée en âge pour couvrir les besoins augmentés en protéines. Attention cependant à compléter l'alimentation en vitamine B12 présente naturellement dans les produits animaux.
- Un apport principal en protéines d'origine animale doit être maintenu chez les personnes âgées présentant une perte d'appétit ou de poids, dénutries ou à risque de dénutrition, souffrant d'une pathologie chronique ou aiguë, hospitalisées, notamment pour tenir compte des besoins majorés en protéines. Cet enjeu concerne plus particulièrement les personnes en précarité alimentaire : seuls 32% des personnes de plus de 65 ans accueillies dans le cadre du Programme Bons Gestes Bonne Assiette des Banques Alimentaires, annoncent consommer de la viande une fois par jour ou plus, 15% consomment des œufs une fois par jour ou plus, et 8% d'entre elles consomment des produits laitiers trois fois par jour. Parmi les répondants, la moitié des personnes de plus de 65 ans consomme moins d'une portion de protéines animales par jour, soit moins que la recommandation officielle²¹⁷.
- Il est recommandé de consommer des produits alimentaires durables et de qualité.

3.2.3. La lutte contre le gaspillage alimentaire : un levier encore peu exploité

Le gaspillage alimentaire est défini à l'article 35 de la loi n° 2020-105 du 10 février 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire, dite loi AGEC, comme toute nourriture destinée à la consommation humaine qui, à une étape de la chaîne alimentaire, est perdue, jetée ou dégradée.

²¹⁵ Boushey C. et al., « Dietary Patterns and All-Cause Mortality: A Systematic Review » (U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, Center for Nutrition Policy and Promotion, Nutrition Evidence Systematic Review, 15 juillet 2020), <https://doi.org/10.52570/NESR.DGAC2020.SR0108>

²¹⁶ Audition de Dominique Dardevet, le 10 janvier 2024.

²¹⁷ Banques Alimentaires, « [Etude Santé et habitudes alimentaires des personnes accueillies dans les ateliers "Bons gestes & bonne assiette"](#) », février 2024.

Plusieurs dispositions réglementaires ciblent le secteur de la restauration collective, incluant les EHPAD :

- L'interdiction de détruire des denrées encore consommables (Art. L. 541-15-5 du code de l'environnement) ;
- L'obligation de réaliser un diagnostic de gaspillage alimentaire comprenant, outre une estimation des quantités de denrées alimentaires gaspillées et de leur coût, une estimation des approvisionnements en produits issus de l'agriculture biologique ou autres produits mentionnés à l'article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche maritime que les économies liées à la réduction de ce gaspillage leur auraient permis de financer. (Art. L. 541-15-3 du Code de l'environnement) ;
- L'obligation de proposer une convention de don à une association d'aide alimentaire habilitée pour les établissements préparant plus de 3000 repas par jour et de mettre en place des procédures de suivi et de contrôle de la qualité du don (Art. L. 541-15-6- I du code de l'environnement) ;
- La loi AGECE fixe un objectif de **réduction du gaspillage alimentaire de 50% d'ici 2025 par rapport à 2015** pour le secteur de la restauration collective.

Le **label national anti-gaspillage alimentaire**, prévu à l'art.33 de la loi AGECE, a pour but de valoriser les pratiques et de garantir un niveau réduit de gaspillage alimentaire aux consommateurs, aux partenaires professionnels, et au public en général. Le label est attribué par des organismes certificateurs agréés par le ministère en charge de l'écologie. Le décret n°2020-1651 du 22 décembre 2020 précise que les critères de labellisation peuvent être définis par secteur, dans un référentiel approuvé par arrêté. La publication de l'arrêté pour le référentiel sectoriel de la restauration est prévue au premier semestre 2025.

Un module anti-gaspi de la plateforme gouvernementale « ma cantine », désormais [en ligne](#), permet d'accompagner les acteurs de la restauration collective et les EHPAD à lutter contre le gaspillage alimentaire en mettant à disposition des ressources (fiches actions – tuto complet accessible [ici](#)). De nouvelles évolutions sont à prévoir d'ici fin 2024 (espace de saisie des données, personnalisation).

Dans le cadre de la restauration collective, les études sur le gaspillage alimentaire, permettent d'identifier des tendances spécifiques aux EHPAD. Selon les données 2024 de l'Ademe, **le gaspillage en EHPAD est évalué à environ 117 gr/repas/personne en 2024**²¹⁸. Ce volume est comparable au gaspillage des centres hospitaliers²¹⁹ mais est supérieur à la moyenne de l'ensemble des établissements de la restauration collective²²⁰. A titre d'exemple, d'après l'étude de l'Observatoire de mise en œuvre de la Loi EGALim en Ile-de-France²²¹ seulement 45% des établissements ont réalisé des diagnostics du gaspillage alimentaire et 26% ont formalisé des plans de réduction du gaspillage alimentaire. Les premières difficultés exprimées par les établissements sondés sont un manque de personnel (27%), une difficulté à motiver le personnel (27%) et un manque d'équipement (22%).

Comme montré par une étude Sensostat²²², le gaspillage alimentaire du menu standard en EHPAD est plus important au dîner qu'au déjeuner. Par ailleurs, lorsque les recettes non pertinentes (très gaspillées et peu aimées) sont supprimées du cycle de menu, l'étude constate une réduction du volume de déchets. Les résultats interrogent sur la compatibilité entre la lutte contre le gaspillage alimentaire et les recommandations nutritionnelles françaises pour les personnes âgées (PNNS).

²¹⁸ Extrait du 11 octobre 2024 de l'étude « Lutter contre le gaspillage alimentaire en restauration collective : mise à jour des moyennes nationales du gaspillage alimentaire en restauration collective » (Ademe 2024), <https://bibliothèque.ademe.fr/7619-le-gaspillage-alimentaire-dans-la-restauration-collective.html>

²¹⁹ Le gaspillage alimentaire des centres hospitaliers est estimé à 122/g/convive/repas. Ademe (octobre 2024).

²²⁰ Le gaspillage alimentaire est estimé à 104/g/convive/repas en moyenne pour l'ensemble du secteur de restauration collective. Données Ademe (octobre 2024).

²²¹ Cantines responsables, « La Loi EGALIM dans les EHPAD - Observatoire de mise en œuvre en Île-de-France, et Guide de Bonnes pratiques », 2024, projet financé dans le cadre du PNA – DRIAAF Ile-de-France.

²²² Demonteil L., Amigon F., Douzille C., Teillet E., « A diagnosis reveals the challenges of food waste in nursing home », Journées Francophones de la Nutrition, 2022. Cette étude fait l'objet d'une traduction de l'anglais au français ici dans le texte.

L'expérimentation « Repas à l'Hôpital »²²³, chargée de tester de nouvelles offres alimentaires, afin de répondre aux objectifs EGAlim sur la qualité des achats dans un contexte économique contraint, a montré une diminution du gaspillage alimentaire (de 12 à 33%) pour les personnes âgées en EHPAD public et long séjour lors de la mise en place d'un repas à 3 composantes (entrée, plat, dessert) au lieu de 5, et comportant des plats enrichis²²⁴.

La lutte contre le gaspillage alimentaire permet d'**améliorer l'impact environnemental et indirectement la qualité de l'alimentation des personnes âgées** de plusieurs manières :

- Réduire le gaspillage alimentaire en établissements de santé permet d'optimiser l'utilisation des approvisionnements alimentaires en réduisant les coûts liés à leur achat et en investissant ces économies réalisées dans des produits durables et de qualité, contribuant à une alimentation durable et saine des personnes âgées et à l'atteinte des objectifs définis par la loi EGAlim pour les établissements de restauration collective²²⁵ ;
- Le gaspillage alimentaire représentant environ 3 % des émissions de gaz à effet de serre nationales²²⁶, lutter contre le gaspillage permettrait de réduire ces émissions et la consommation énergétique liées à la production et au transport des denrées alimentaires, et au traitement des déchets issus du gaspillage alimentaire ;
- Optimiser la gestion des denrées alimentaires en luttant contre leur gaspillage permettrait de réduire l'usage de ressources naturelles nécessaires à la production agricole (eau, terres agricoles...) ;
- La lutte contre le gaspillage alimentaire permettrait enfin de réduire l'impact sur la biodiversité et les écosystèmes de la production agricole²²⁷.

3.3. Les services et structures d'aide à la personne âgée

3.3.1. Inégalités territoriales

D'après Gaëlle Soriano²²⁸, il existe plusieurs dispositifs²²⁹ pour aider la personne âgée à avoir accès à l'alimentation (livraison de courses, services d'aide à domicile, portage de repas à domicile). Pour autant, **les personnes âgées se saisissent peu de ces systèmes**. Plusieurs raisons peuvent être invoquées :

- La méconnaissance de ces services d'aide ;
- Le coût de ces services d'aide ;
- La qualité de service ne correspondant pas aux attentes et aux habitudes des personnes âgées ;
- La réticence à « déléguer » et l'envie de « continuer à faire ».

Par ailleurs, la qualité et le maillage de **ces services sont répartis de manière inégale au niveau territorial**. Ainsi, certaines municipalités rurales mettent en place des bus pour véhiculer les personnes âgées jusqu'aux commerces tandis que d'autres non²³⁰. En ce qui concerne le portage de repas, certaines municipalités feront appel à la cuisine collective de la ville tandis que d'autres feront appel à un prestataire externe qui combinera livraison de repas et

²²³ Réseau restau 'Co, « Les outils du réseaux », consulté le 26 juillet 2024, https://www.restauco.fr/les-outils-du-reseau?edit_mode_activated=true

²²⁴ Les composantes d'un repas sont généralement au nombre de 5 : entrée, plat protidique, garniture, produit laitier et dessert.

²²⁵ Ademe « Vers une alimentation plus durable en restauration collective », 2021, <https://librairie.ademe.fr/dechets-economie-circulaire/4679-vers-une-alimentation-plus-durable-en-restauration-collective.html>.

²²⁶ Ademe « Gaspillage alimentaire dans la restauration collective », 2016, <https://librairie.ademe.fr/consommer-autrement/3899-gaspillage-alimentaire-dans-la-restauration-collective.html>.

²²⁷ Site du Ministère de la Transition Ecologique et de la Cohésion des Territoires : <https://www.ecologie.gouv.fr/gaspillage-alimentaire>

²²⁸ Audition de Gaëlle Soriano, le 10 janvier 2024.

²²⁹ Constat également partagé du côté des porteurs de projets portant sur la justice alimentaire, l'alimentation durable, l'éducation à l'alimentation (« Il y a un panel d'associations très actif autour de l'alimentation dans les territoires y compris celles de la silver économie. »). Cf. audition du programme Alisa, le 31 janvier 2024.

²³⁰ Audition de Gaëlle Soriano, diététicienne, docteure en épidémiologie (thèse sur l'autonomie alimentaire chez la personne âgée, Inserm), Chef de projet Recherche Clinique au CHU de Toulouse, le 10 janvier 2024.

suivi par une diététicienne. Ces inégalités territoriales compliquent la tâche pour les personnes âgées et leurs aidant(e)s dans leur recherche d'aide. Il apparaît difficile d'apporter une liste exhaustive à présenter aux personnes pouvant en bénéficier, même si des outils comme le service de géolocalisation des activités du bien vieillir « Trouver mon activité » de la Cnav se développent²³¹.

3.3.2. Un besoin d'accompagnement coordonné des personnes âgées toujours d'actualité

Des **nombreux dispositifs permettant de coordonner les différents acteurs et actrices entourant les personnes âgées existent** à l'échelle des territoires²³². En 2022, le rapport Libault²³³ faisait le constat qu'en « application des orientations nationales ou non, de nombreuses expériences de coordination en vue d'un meilleur accompagnement des personnes âgées et en situation de handicap pour préserver leur autonomie ont vu le jour sur le territoire »²³⁴ mais que, « malgré les dynamiques qu'elles instaurent, **ces initiatives possèdent des limites qui les rendent fragiles tant pour les personnes prises en charge que pour les acteurs qui y participent** »²³⁵. Parmi ces limites le rapport énonce les suivantes :

- En terme « de ciblage de populations, les initiatives de coordination mises en place ne prennent pas assez en compte les personnes non connues par les acteurs des différents services car trop isolées »²³⁶ ;
- « Dans la pratique, la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social reste insuffisante, même si elle est inscrite dans les textes et les projets. [...] Il n'existe pas suffisamment d'interfaces et de coordination entre les dispositifs mis en place (Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)/Plateformes territoriales d'appui (PTA), les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires), les établissements de santé (gestion des entrées et sorties d'hospitalisation, circuit court, filière...), les établissements médico-sociaux, les services des conseils départementaux relatifs à l'APA, les Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) »²³⁷ et les acteurs associatifs.

Ces constats ont amené le Gouvernement à créer un **Service public départemental de l'autonomie (SPDA)** dont le cadre juridique se trouve dans la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France²³⁸. Ce service « vise à mettre en cohérence les différents acteurs de terrain, en dépassant notamment les clivages entre les secteurs médico-social, social et sanitaire, pour apporter aux personnes une réponse globale et coordonnée, garantir la continuité des parcours et faciliter l'accès concret et rapide aux offres, qu'elles aient pour objet l'inclusion, l'adaptation de l'habitat, les services de santé ou l'accompagnement social »²³⁹ Une généralisation de ces SPDA est prévue en 2025 à l'aide d'un cahier des charges qui précisera le socle commun des missions qu'ils auront à assumer²⁴⁰.

Le groupe de concertation identifie la **coordination de l'écosystème d'acteurs au service des personnes âgées à domicile comme un enjeu à traiter** particulièrement du point de vue de l'alimentation. Les acteurs et actrices de cet écosystème touchent à plusieurs dimensions de l'alimentation favorable à la santé à savoir les dimensions sanitaire, nutritionnelle, psycho-sociale et environnementale. Il s'agirait notamment des professions de santé

²³¹ Les caisses de retraite et Santé publique France, « Je trouve mon activité », consulté le 11 septembre 2024, <https://www.trouver-mon-activite.pourbienvieillir.fr/ppasbvapp/>

²³² A titre d'exemple, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) ont été créés en 2001 ; les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA) ont élargi leur champ d'action depuis 2011 afin d'intégrer des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie MAIA ; les dispositifs d'appuis à la coordination (DAC) ont été créés en 2019 afin d'intégrer l'ensemble des dispositifs de coordination existants...

²³³ Libault D., « [Vers un service public territorial de l'autonomie](#) », 2022, p. 24

²³⁴ Idem, *Ibidem*, p. 27.

²³⁵ Id., *Ibid.*, p. 33.

²³⁶ Id., *Ibid.*, p. 34.

²³⁷ Id., *Ibid.*, p. 34.

²³⁸ Loi n° 2024-217 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie

²³⁹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, « Service public départemental de l'autonomie », consulté le 3 juillet 2024, <https://www.cnsa.fr/informations-thematiques/service-public-departemental-de-lautonomie>

²⁴⁰ *Idem, ibidem.*

(médicales, dentistes, de la pharmacie, des auxiliaires médicaux), des professions de service à domicile (intervenant(e)s professionnel(le)s, portage de repas, livraison de courses à domicile, traiteurs...), de la protection des personnes âgées (assurances et mutuelles), et des associations dans le cadre de l'accompagnement social par l'alimentation pour les personnes âgées en précarité alimentaire.

3.3.3. Contraintes économiques

Financement de l'aide par les pouvoirs publics. Les principaux organismes financeurs qui apportent une aide économique aux services et aux établissements dédiés aux personnes âgées sont :

- La **sécurité sociale**, notamment la Cnav (caisse nationale d'assurance vieillesse) pour l'action sociale en faveur des personnes âgées et l'assurance maladie pour les dépenses des USLD (unités de soins de longue durée) (11 %, 2 224 M€) ;
- Les **départements** (29 %, 6 066 M€) ;
- La **CNSA** (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), principalement pour le fonctionnement des établissements et services pour les personnes âgées ainsi que pour la couverture d'une partie des dépenses d'APA (55 %, 11 428 M€) ;
- L'**Etat** (5 %, 1 114 M€).

Les conseils départementaux. Les conseils départementaux assurent différentes missions auprès des personnes âgées (source : Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches) :

- Les **orienter et les accompagner** selon leurs besoins ;
- **Accorder des aides financières** : le conseil départemental a pour mission d'apporter des aides financières pour permettre à la personne âgée d'être aidée et accompagnée à domicile (l'APA à domicile et l'aide-ménagère à domicile) ou en établissement (l'APA en établissement ou l'ASH). L'APA, qui représente les neuf dixièmes de l'ensemble des mesures d'aide sociale des départements en faveur des personnes âgées, à domicile « aide à payer les dépenses nécessaires pour faciliter la vie à domicile en cas de perte d'autonomie ». Ces dépenses peuvent concerner le portage de repas à domicile ;
- **Autoriser, contrôler et fixer les prix des différents services et hébergements** (les services d'aide à domicile, les résidences autonomie, les EHPAD). Pour les EHPAD, l'autorisation et le contrôle se font conjointement avec l'ARS (Agence régionale de santé). Cette dernière délivre l'agrément aux accueillants familiaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Le conseil départemental a pour mission de fixer les tarifs pour certains établissements d'hébergement et certains services d'aide habilités.

Le **conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie** (CDCA), présidé par le ou la président(e) du conseil départemental, a pour ambition de renforcer la démocratie participative au niveau local et de faciliter la co-construction des politiques publiques territoriales en concertation avec les personnes et leurs proches, les représentant(e)s institutionnel(le)s locaux(les) et les professionnel(le)s du secteur de l'âge et du handicap. Le rôle du CDCA est d'émettre des avis et des recommandations : prévention, accompagnement médico-social et accès aux soins, aides humaines ou techniques, transport, logement, habitat collectif, urbanisme, aide aux aidant(e)s, maintien à domicile, culture, loisirs, vie associative... Le CDCA est par exemple consulté sur les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou aux personnes âgées en perte d'autonomie. Ces schémas programment l'évolution des établissements et services existants et la création de structures pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Les communes. Outre leur mission générale de lutte contre les exclusions, les communes, via leur Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), ont l'obligation légale (articles L 121-6-1 et L 121-6-2 du CASF) de **tenir un registre des personnes âgées et handicapées** qui en font la demande, afin de faciliter l'intervention des services sociaux (dans le cadre des plans canicule notamment).

Les services d'aide, les EHPAD et les initiatives développées en faveur du « bien-manger pour bien vieillir » sont confrontées à des contraintes économiques fortes, accentuées par l'inflation, le choc énergétique.... Ainsi, Agnès Giboreau (Institut Lyfe) et porteuse du programme ALISA (Alimentation Saine, durable et Accessible), qui est un programme d'actions auprès des personnes de 55 ans et plus, afin de rendre plus conviviale, accessible et désirable l'alimentation saine et durable²⁴¹, témoigne : « [la] plus grosse difficulté pour l'instant est le financement de l'ensemble des actions plutôt que l'adhésion ou l'envie des bénéficiaires ou des animateurs ». Dans le cas des établissements accueillant des personnes âgées et en particulier les EHPAD, cet enjeu économique est également prégnant. D'après la DGCS, « un repas coûte aujourd'hui en moyenne 4,5 € en EHPAD. Mais si on voulait un repas plus qualitatif, il serait plutôt autour de 6 € ».

²⁴¹ Pour plus d'informations : <https://www.institutforapositivefood.org/programme-alisa/>

La principale mission du CNA est d'organiser la concertation des parties prenantes afin d'aboutir à des recommandations pour améliorer les politiques publiques relatives à l'alimentation ainsi que les pratiques des acteurs et actrices de la chaîne alimentaire. Pendant un an, le groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » a réuni des personnes représentantes des structures dont les enjeux peuvent être divers mais dont la conciliation est essentielle pour aller vers une meilleure alimentation des personnes âgées et des propositions d'actions favorables à la préservation de leur santé et de leurs liens sociaux.

Les recommandations du présent avis prennent en considération le mandat du groupe de concertation ainsi que les travaux qu'il a menés d'octobre 2023 à novembre 2024, et notamment le fait que :

- L'acceptabilité des solutions pour bien manger est une dimension de la notion d'alimentation durable. Elle relève à la fois du plaisir, de l'acceptabilité culturelle et du respect de la dignité de la personne. Ces éléments ne sont pas toujours garantis dans les dispositifs alimentaires destinés aux personnes âgées.
- Une alimentation favorable à la santé des personnes âgées va largement au-delà d'une vision sanitaire ou nutritionnelle de l'alimentation : elle englobe aussi des enjeux psycho-sociaux et environnementaux (cf. Avis 81 du CNA).
- Pour bien-vieillir, la promotion de comportements nutritionnels de prévention dès la mi-vie (40-55 ans) est primordiale.

Les recommandations qui suivent répondent **aux objectifs communs partagés** identifiés lors des travaux du groupe de concertation :

Objectifs communs partagés

- Garantir une alimentation répondant aux besoins nutritionnels et prenant en compte le plaisir et les habitudes des personnes âgées.
- Prendre en compte l'hétérogénéité de la population âgée dans les mesures et orientations les concernant, considérant l'ensemble des trajectoires de vieillissement et des lieux de vie.
- Permettre à toutes et tous un accès digne à une alimentation suffisante, adaptée et de qualité, notamment pour prévenir la survenue des pathologies associées au vieillissement.
- Associer les personnes âgées à l'élaboration et à la validation des politiques publiques et des dispositifs les concernant à toutes les échelles de territoires.

Ces recommandations « clés » ont été sélectionnées à la suite d'un vote des structures représentées dans le groupe de concertation. Elles sont reprises dans le tableau des recommandations qui liste également des recommandations complémentaires proposées en appui. Le CNA insiste sur **l'intérêt de chacune des recommandations du tableau**²⁴².

²⁴² Une seule recommandation fait l'objet de dissensus exprimés dans le tableau des recommandations partie IV (voir recommandation n°11). Pour cette raison et pour assurer une meilleure lisibilité des recommandations, contrairement à d'autres avis du CNA, la colonne du tableau des recommandations intitulée « Précisions en cas d'absence de consensus » a été retirée.

A – Promouvoir l'alimentation comme facteur important du bien vieillir

Levier d'action : Intégrer l'alimentation comme vecteur clef du bien vieillir dans les politiques publiques à destination des personnes âgées

Recommandation clé I : Intégrer systématiquement la question de l'alimentation et de l'activité physique dans les politiques publiques à destination des personnes âgées, que ce soit à l'échelle nationale ou territoriale, en associant des personnes qualifiées dans le développement et la mise en place de ces politiques publiques.

Acteurs de mise en œuvre : Ministères et notamment ceux en charge de l'agriculture, la santé, l'économie et des sports, Parlement, Gouvernement, Santé publique France (SpF), Collectivités territoriales (conseils régionaux, départementaux et communaux), Agences régionales de santé (ARS).

Echéance de mise en œuvre : Dès que possible / court terme (< à 2 ans).

Recommandation n°1 du tableau

Levier d'action : Prendre en compte l'hétérogénéité de la population des personnes âgées dans la formulation des recommandations nutritionnelles

Recommandation clé II : Proposer des recommandations nutritionnelles différenciées selon la santé et les capacités fonctionnelles et cognitives de la personne âgée, à domicile et en structure sanitaire ou médico-sociale. Favoriser la recherche pour produire les connaissances nécessaires à l'élaboration de ces recommandations différenciées chez la personne âgée.

Acteurs de mise en œuvre : Direction générale de la santé, Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Santé publique France (SpF), Anses²⁴³, Agences régionales de santé (ARS), Acteurs et actrices de la recherche (Inserm, INRAE...), Sociétés savantes (SFGG, SFNCM...), Conseil national de la restauration collective (CNRC) et acteurs et actrices de la restauration collective.

Echéance de mise en œuvre : Dès que possible pour les praticiens, à Court terme pour les acteurs et actrices en charge de la structuration des travaux et à Moyen terme pour les programmes d'application.

Recommandation n°3 du tableau

Recommandation clé III : Pour les personnes âgées, nuancer les recommandations générales relatives au rééquilibrage entre protéines d'origine animale et végétale, en particulier dans les recommandations à destination des personnes âgées fragiles, à risque de dénutrition, dénutries, dépendantes et/ou hospitalisées. Adapter les recommandations nutritionnelles en termes de quantité et de qualité des protéines pour ces dernières.

Acteurs de mise en œuvre : Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France (SpF), Anses²⁴⁴, Organismes de financement de la recherche (ANR...), Organismes de recherche (INRAE, Inserm...).

Echéance de mise en œuvre : Dès que possible (PNNS 5).

Recommandation n°5 du tableau

²⁴³ L'Anses a exprimé une réserve sur cette mention. Celle-ci est développée dans le tableau des recommandations (voir recommandation n°3 page 61).

²⁴⁴ L'Anses a exprimé une réserve sur cette mention. Celle-ci est développée dans le tableau des recommandations (voir recommandation n°5 page 61).

Levier d'action : Informer sur les enjeux, méthodes, outils et pratiques d'une alimentation adaptée pour préserver la santé à tout âge et l'autonomie des personnes âgées

Recommandation clé IV : Informer et sensibiliser les personnes âgées et leur entourage aux enjeux d'une alimentation adaptée et de la pratique d'une activité physique pour préserver leur santé et leur autonomie. Notamment, développer des campagnes de communication pour lutter contre les idées reçues et informer sur les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées. Préparer en amont de la retraite les salarié(e)s en activité aux bons réflexes alimentaires.

Acteurs de mise en œuvre : Santé Publique France (SpF), Professionnel(le)s de santé, Organismes de sécurité sociale (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite...), Associations promouvant la prévention en matière de santé, Médias grand public, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Acteurs et actrices de l'aide alimentaire.

Echéances de mise en œuvre : Court terme (<2 ans).

Recommandation n°8 du tableau

Levier d'action : Former aux enjeux, méthodes, outils et pratiques d'une alimentation adaptée pour préserver la santé à tout âge et l'autonomie des personnes âgées

Recommandation clé V : Former tou(te)s les acteurs et actrices de l'écosystème des personnes âgées (médecins généralistes, infirmier(e)s, pharmacien(ne)s, kinésithérapeutes, intervenant(e)s, aidant(e)s familiaux et proches aidant(e)s, cadres des établissements de santé, cuisinier(e)s, sociétés de portage de repas, sociétés de restauration collective...) aux enjeux d'une alimentation adaptée pour préserver la santé et l'autonomie des personnes âgées.

Acteurs de mise en œuvre : Organismes de formation initiale et continue, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements pour personnes âgées et établissements de santé, Financeurs.

Echéances de mise en œuvre : Court terme (<2 ans).

Recommandation n°9 du tableau

B - L'alimentation des personnes âgées : répondre aux enjeux du quotidien

Levier d'action : Préserver la capacité des personnes âgées à faire leurs courses alimentaires

Recommandation clé VI : Développer et promouvoir les dispositifs itinérants qui permettent soit de rapprocher les lieux d'approvisionnement des personnes âgées avec des systèmes d'épicerie mobiles, soit de faciliter les trajets pour permettre aux personnes âgées d'aller faire leurs courses avec un système de navettes. Conventionner ces systèmes avec les collectivités locales. Repérer les zones « blanches » où les personnes âgées ne disposent pas d'un lieu d'approvisionnement accessible à pied ou en transport en commun depuis leur domicile et prioriser le déploiement de dispositifs itinérants dans ces zones.

Acteurs de mise en œuvre : Ministères et Commissariat général au Plan (CGP), Collectivités territoriales (Régions, départements, commune et intercommunalités), Chambres de commerce, Services d'urbanisme, Financeurs, Acteurs et actrices de l'action sociale (Centres communaux d'action sociale - CCAS et l'Union nationale des CCAS - UNCCAS), Acteurs et actrices de l'aide alimentaire.

Echéance de mise en œuvre : Long terme (>2 ans).

Recommandation n°19 du tableau

Levier d'action : Permettre aux personnes âgées de rester actrices de leur alimentation

Recommandation clé VII : Sensibiliser et former les acteurs et actrices de l'écosystème de la personne âgée (intervenant(e)s et aidant(e)s familiaux, professionnel(e)s de santé, cuisinier(e)s, services de portage de repas, directeurs et directrices d'établissements...) à écouter et tenir compte des attentes, des habitudes et des préférences des personnes âgées, dans la limite de leurs capacités fonctionnelles et cognitives préservées, quel que soit leur lieu de vie. Faire appel à des ergothérapeutes et orthophonistes pour aider à gérer les difficultés à se nourrir (par exemple, utilisation de couverts et outils adaptés) et prolonger l'autonomie.

Acteurs de mise en œuvre : Santé publique France (SpF), Organismes de formation, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées, Etablissements de santé, Professionnel(le)s de santé et paramédical (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes), Conseils de la vie sociale dans les établissements accueillants des personnes âgées.

Echéance de mise en œuvre : Court terme (<2 ans).

Recommandation n°27 du tableau

C - L'alimentation des personnes âgées : un enjeu pour les politiques publiques

Levier d'action : Garantir des budgets minimaux pour une alimentation de qualité

Recommandation clé VIII : Définir le coût journalier minimal des denrées alimentaires dans les établissements de soin, les EHPAD et lors du portage des repas à domicile qui prend en compte tous les repas servis (petit-déjeuner, déjeuner, dîner, collation) et qui répond à la fois aux besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées et aux objectifs de la loi EGalim tout en maintenant le plaisir à manger. Le coût de l'alimentation ne doit pas être une variable d'ajustement.

Acteurs de mise en œuvre : Ministère, Parlement, Gouvernement, Agences Régionales de Santé (ARS), Conseils départementaux, CNRC, Organismes de la recherche, Fédération des établissements d'accueil des personnes âgées.

Echéance de mise en œuvre : Dès que possible.

Recommandation n°30 du tableau

Levier d'action : Lutter contre les inégalités territoriales et favoriser la concertation des différents acteurs et actrices intervenants dans le cadre de l'alimentation des personnes âgées

Recommandation clé IX : Sanctuariser le budget alimentation dans les établissements d'accueil et pour le portage de repas rapporté au nombre de personnes âgées dans les départements et régions pour assurer une alimentation saine et de qualité partout et pour toutes et tous. Notamment, permettre la prise en charge du surcoût du repas enrichi dans les coûts « soins » et non dans les coûts de restauration.

Acteurs de mise en œuvre : Ministères, Parlement, Collectivités territoriales, Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), Fédération des établissements d'hébergement de santé et médico-sociaux.

Echéance de mise en œuvre : Moyen terme (2 à 5 ans).

Recommandation n°38 du tableau

★ Recommandations clés

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
Ambition A. Promouvoir l'alimentation comme facteur important du bien- vieillir		
Levier A.1 - Intégrer l'alimentation comme vecteur clef du bien vieillir dans les politiques publiques à destination des personnes âgées		
<p>1. ★ Intégrer systématiquement la question de l'alimentation et de l'activité physique dans les politiques publiques à destination des personnes âgées, que ce soit à l'échelle nationale ou territoriale, en associant des personnes qualifiées dans le développement et la mise en place de ces politiques publiques.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.1.1</i></p>	<p>Ministères et notamment ceux en charge de l'agriculture, la santé, l'économie et des sports, Parlement, Gouvernement, Santé publique France (SpF), Collectivités territoriales (conseils régionaux, départementaux et communaux), Agences régionales de santé (ARS).</p>	<p>Dès que possible / court terme (< à 2 ans)</p>
<p>2. Intégrer systématiquement les aspects santé (besoins nutritionnels, activité physique, sommeil), psycho-sociaux (préférences, habitudes culturelles, convivialité des repas...) et environnementaux (notamment origine des produits, gaspillage), tout en tenant compte de l'hétérogénéité de la population âgée (trajectoire de vieillissement, lieu de vie...) dans le financement, le développement et la mise en place de politiques publiques en lien avec l'alimentation des personnes âgées.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 3.1.1, 3.2 et 2</i></p>	<p>Ministère et notamment ceux en charge de l'économie, de l'agriculture, Parlement, Gouvernement, Collectivités territoriales, Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France (SpF), Agences régionales de santé (ARS), Sociétés savantes (Société française de gériatrie et gérontologie - SFGG ; Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolisme – SFNCM...).</p>	<p>Dès que possible/ court terme (< à 2 ans)</p>
Levier A.2 - Prendre en compte l'hétérogénéité de la population des personnes âgées dans la formulation des recommandations nutritionnelles		

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>3. ★ Proposer des recommandations nutritionnelles différenciées selon la santé et les capacités fonctionnelles et cognitives de la personne âgée, à domicile et en structure sanitaire ou médico-sociale. Favoriser la recherche pour produire les connaissances nécessaires à l'élaboration de ces recommandations différenciées chez la personne âgée.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 1.1.1</i></p>	<p>Direction générale de la santé, Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Santé publique France (SpF), Anses²⁴⁵, Agences régionales de santé (ARS), Acteurs et actrices de la recherche (Inserm, INRAE...), Sociétés savantes (SFGG, SFNCM...), Conseil national de la restauration collective (CNRC) et acteurs et actrices de la restauration collective.</p>	<p>Dès que possible pour les praticiens, à Court terme pour les acteurs et actrices en charge de la structuration des travaux et à Moyen terme pour les programmes d'application</p>
<p>4. Promouvoir des bonnes pratiques auprès de celles et ceux qui interviennent dans le cadre de l'alimentation des personnes âgées : permettre à la personne âgée d'être actrice de ses choix dans la mesure de ses capacités, heures des repas pour limiter le jeûne nocturne, prendre le temps de manger, prise de médicament dissociée des repas pour ne pas couper l'appétit, combiner alimentation et activité physique adaptée...</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.1, 1.3.2</i></p>	<p>Organismes de formation, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Conseil National de la Restauration Collective (CNRC) et acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements pour personnes âgées et établissements de santé, Financeurs.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>5. ★ Pour les personnes âgées, nuancer les recommandations générales relatives au rééquilibrage entre protéines d'origine animale et végétale, en particulier dans les recommandations à destination des personnes âgées fragiles, à risque de dénutrition, dénutries, dépendantes et/ou hospitalisées. Adapter les recommandations nutritionnelles en termes de quantité et de qualité des protéines pour ces dernières.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.1.1, 1.1.5, 3.2.2</i></p>	<p>Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France (SpF), Anses²⁴⁶, Organismes de financement de la recherche (ANR...), Organismes de recherche (INRAE, Inserm...).</p>	<p>Dès que possible (PNNS 5)</p>
<p>6. Proposer ou mettre à disposition du grand public et des professionnel(le)s des fiches pratiques ou des journées alimentaires-type (formulées sous forme d'aliments suffisamment génériques pour s'adapter aux différentes</p>	<p>Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France (SpF), Organismes de sécurité sociale (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite...), Nutritionnistes-diététiciens, Associations d'aidants</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>

²⁴⁵ **Réserve de l'Anses** : l'Anses intervenant en prévention primaire, elle n'est pas compétente pour proposer des recommandations nutritionnelles différenciées. Elle n'est pas non plus compétente pour mener des recherches pour produire de telles recommandations.

²⁴⁶ **Réserve de l'Anses** : l'Anses ne produit pas de recommandations mais des repères scientifiques, et les repères qu'elle a produit sur le sujet ne portent pas sur l'équilibre entre protéines végétales et animales (cf. AVIS révisé de l'Anses relatif à l'actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans).

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>habitudes de consommation) permettant de couvrir le besoin protéique accru chez les personnes âgées avec différents niveaux de contribution des protéines animales et végétales (outils pouvant être diffusés largement via les professionnel(le)s de santé mais aussi d'autres canaux).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.2</i></p>	<p>familiaux, Structures d'aide à la personne, Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), et acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements pour personnes âgées et établissements de santé.</p>	
Levier A.3 - Informer sur les enjeux, méthodes, outils et pratiques d'une alimentation adaptée pour préserver la santé à tout âge et l'autonomie des personnes âgées		
<p>7. Informer et sensibiliser les personnes à mi-vie (40-50 ans) aux enjeux d'une alimentation adaptée et de la pratique d'une activité physique régulière pour prévenir la survenue de pathologies associées au vieillissement (cancers, diabète, maladies cardio-vasculaires, ostéoporose, maladies neurodégénératives, sarcopénie...).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.1.1, 1.1.5, 1.3.1</i></p>	<p>Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), Santé publique France (SpF), Anses, Professionnel(le)s de santé, Médecine du travail, Organismes de sécurité sociale (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite...), Organismes de formation, Associations promouvant la prévention en matière de santé.</p>	<p>Dès que possible et dans la durée/récurrent</p>
<p>8. ★ Informer et sensibiliser les personnes âgées et leur entourage aux enjeux d'une alimentation adaptée et de la pratique d'une activité physique pour préserver leur santé et leur autonomie. Notamment, développer des campagnes de communication pour lutter contre les idées reçues et informer sur les besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées. Préparer en amont de la retraite les salarié(e)s en activité aux bons réflexes alimentaires.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.1.6, 1.3.1</i></p>	<p>Santé Publique France (SpF), Professionnel(le)s de santé, Organismes de sécurité sociale (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite...), Associations promouvant la prévention en matière de santé, Médias grand public, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs de la restauration collective, Acteurs et actrices de l'aide alimentaire.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
Levier A.4 - Former aux enjeux, méthodes, outils et pratiques d'une alimentation adaptée pour préserver la santé à tout âge et l'autonomie des personnes âgées		
<p>9. ★ Former tou(te)s les acteurs et actrices de l'écosystème des personnes âgées (médecins généralistes, infirmier(e)s, pharmacien(ne)s, kinésithérapeutes, intervenant(e)s, aidant(e)s familiaux et proches aidant(e)s, cadres des établissements de santé, cuisinier(e)s, sociétés de portage de repas, sociétés de restauration collective...) aux enjeux d'une alimentation adaptée pour préserver la santé et l'autonomie des personnes âgées.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.1, 1.3.2</i></p>	<p>Organismes de formation initiale et continue, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements pour personnes âgées et établissements de santé, Financeurs.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre		Echéance
<p>10. Promouvoir des formations continues et multi-dimensionnelles intégrant les aspects santé (besoins nutritionnels, prévention de la dénutrition...) et psycho-sociaux (préférence, habitudes culturelles, convivialité des repas...) de l'alimentation. Développer des ressources pédagogiques validées par des personnes qualifiées. Promouvoir le suivi et l'évaluation des formations.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.1, 1.3.2, 1.1, 1.2</i></p>	<p>Organismes de formation continue, Organismes de recherche, Sociétés savantes (SFGG, SFNCM...), Associations promouvant la prévention de la santé.</p>		<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>11. Développer des outils et formations pour accompagner le rééquilibrage entre protéines végétales et animales locales, durables et de qualité tout en garantissant le respect des besoins nutritionnels et des habitudes (culturelles, familiales) des générations âgées actuelles, à destination des différentes parties prenantes (intervenant(e)s, aidant(e)s familiaux et proches, cuisinier(e)s, diététicien(ne)s, etc.).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.1.1, 1.1.2, 1.1.5, 1.3.1, 1.3.2, 3.2.2</i></p>	<p><u>Dissensus partiel de l'ACOFAL concernant cette recommandation</u> : « Nous sommes favorables au développement d'outils et formations pour un approvisionnement en produits végétaux et animaux durables et de qualité. En revanche pour cette population sensible, il s'agit en premier lieu d'alerter sur les risques d'un rééquilibrage entre protéines d'origine végétale et animale dans l'assiette, puis de l'accompagner avec soin si nécessaire. »</p>	<p>Santé publique France (SpF), Organismes de formation, Organismes de recherche, Sociétés savantes (SFGG, SFNCM...), Nutritionnistes-Diététiciens, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements pour personnes âgées et établissements de santé.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>Levier A.5 - Développer une communication respectueuse de la dignité des personnes âgées et préserver leur pouvoir d'agir</p>			
<p>12. Adopter dans les politiques publiques, les recommandations, les campagnes d'information et les formations, une communication respectueuse de la dignité des personnes âgées, c'est-à-dire positive, simple, directe, non stigmatisante et non infantilisante. Co-construire les messages en associant systématiquement des personnes qualifiées sur l'alimentation des personnes âgées, des professionnel(le)s de la communication et des personnes âgées.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.1</i></p>	<p>Santé publique France (SpF), Pouvoirs publics, Associations représentant les personnes âgées.</p>		<p>Dès que possible</p>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
Levier A.6 - Renforcer la prévention des pathologies liées au vieillissement et le dépistage et la lutte contre la dénutrition chez les personnes de plus de 70 ans		
<p>13. Aborder systématiquement la thématique de l'alimentation et les besoins nutritionnels spécifiques associés au vieillissement dans le bilan prévention destiné aux personnes entre 60 et 65 ans proposé par l'Assurance Maladie. Compléter par une consultation avec un(e) diététicien(ne) lorsqu'un risque de dénutrition est détecté lors de ce bilan.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3, 3.1.3</i></p>	Assurance maladie, Professionnel(le)s de santé, Haute Autorité de Santé (HAS).	Court terme (<2 ans)
<p>14. Informer et former les intervenant(e)s (intervenant(e)s et aidant(e)s familiaux ou professionnel(le)s) et les professionnel(e)s de santé à repérer les signaux d'alerte de la dénutrition chez les personnes âgées dont elles et ils ont la charge.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.1.5, 1.3.1, 1.3.2</i></p>	Santé publique France (SpF), Organismes de formation, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Direction des établissements pour personnes âgées, Etablissements de santé, Financiers, Associations promouvant la prévention de la santé, Médias grand public.	Court terme (<2 ans)
<p>15. Rendre le suivi de poids obligatoire après 70 ans, par les médecins généralistes pour les personnes vivant à domicile et par les établissements de santé pour les personnes vivant en institution ou hospitalisées. En cas de perte de poids, réaliser un dépistage systématique de la dénutrition en s'appuyant sur les critères de diagnostic établis par la Haute Autorité de Santé (HAS 2021 partie 1.1.5 du présent avis).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 1.1.5</i></p>	Haute Autorité de Santé (HAS), Parlement, Assurance maladie, Professionnel(le)s de santé.	Dès que possible
<p>16. Informer les personnes âgées des risques des régimes amaigrissants sans suivi médical et encadrer les pratiques publicitaires sur le sujet.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 1.3.1</i></p>	Parlement, Santé publique France (SpF), Autorité de Régulation de la Communication Audiovisuelle et Numérique (ARCOM), Professionnel(le)s de santé, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne.	Court terme (<2 ans)
<p>17. En cas de risque de dénutrition ou de dénutrition avérée, et notamment en cas de troubles de la déglutition, proposer systématiquement une consultation nutrition gratuite (auprès d'un(e) gériatre, médecins-</p>	Haute Autorité de Santé (HAS), Organismes de sécurité sociale (assurance maladie, mutuelles, caisses de retraite...), Professionnel(le)s de santé.	Dès que possible

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>nutritionnistes ou diététicien(ne)s-nutritionnistes) et mettre en place le suivi et les actions préconisées par la Haute Autorité de Santé (voir tableau HAS 2007 partie 1.1.5 du présent avis).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 1.1.5</i></p>		
<p>18. Encourager et financer la recherche interventionnelle visant à améliorer l'état nutritionnel des personnes de plus de 60 ans afin que les acteurs et actrices, professionnel(le)s et collectivités locales puissent disposer de programmes probants de promotion du bien vieillir et de prévention de la dénutrition des personnes âgées. L'étape de co-construction de ces actions pourra notamment s'appuyer sur les conseils proposés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le développement d'actions de prévention visant à améliorer l'état nutritionnel des personnes de plus de 60 ans, autonomes vivant à domicile²⁴⁷. L'étape d'évaluation devra s'appuyer sur des méthodes scientifiquement robustes. Encourager et financer le déploiement de ces actions.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 1.3.1, 3.1.3</i></p>	<p>Ministère de la recherche, Organismes de financement de la recherche (ANR...), Organismes de recherche (INRAE, Inserm...), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).</p>	<p>Dès que possible</p>
<h2>Ambition B - L'alimentation des personnes âgées : répondre aux enjeux du quotidien</h2>		
<h3>Levier B.7 - Préserver la capacité des personnes âgées à faire leurs courses alimentaires</h3>		
<p>19. ★ Développer et promouvoir les dispositifs itinérants qui permettent soit de rapprocher les lieux d'approvisionnement des personnes âgées avec des systèmes d'épicerie mobiles, soit de faciliter les trajets pour permettre aux personnes âgées d'aller faire leurs courses avec un système de navettes. Conventionner ces systèmes avec les collectivités locales. Repérer les zones « blanches » où les personnes âgées ne disposent pas d'un lieu d'approvisionnement accessible à pied ou en transport en commun depuis leur domicile et prioriser le déploiement de dispositifs itinérants dans ces zones.</p>	<p>Ministères et Commissariat général au Plan (CGP), Collectivités territoriales (Régions, départements, commune et intercommunalités), Chambres de commerce, Services d'urbanisme, Financeurs, Acteurs et actrices de l'action sociale (Centres communaux d'action sociale - CCAS et l'Union nationale des CCAS - UNCCAS), Acteurs et actrices de l'aide alimentaire.</p>	<p>Long terme (>2 ans)</p>

²⁴⁷ <https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-06/CNSA-UGF-8-conseils-pour-des-actions-de-prevention-en-nutrition-accessible.pdf>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<i>Voir partie 2.1.2</i>		
<p>20. Adapter les lieux d’approvisionnement aux capacités et attentes des personnes âgées. Par exemple, prévoir des espaces permettant aux personnes âgées de s’asseoir dans les magasins et marchés, éviter les rayonnages trop hauts ou trop bas, faciliter l’accès à la livraison de courses en maintenant des services téléphoniques ou le paiement à la livraison (et non sur internet), maintenir du personnel en caisse.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.1.2</i></p>	Acteurs et actrices de la distribution, municipalités.	Dès que possible
Levier B.8 - Permettre aux personnes âgées d’accéder à des moments de partage autour de l’alimentation		
<p>21. Développer et promouvoir des ateliers de partage autour de l'alimentation ainsi que des repas partagés organisés par les collectivités territoriales ou des structures associatives. Co-créez ces ateliers et repas partagés dans un cadre de réciprocité (faire « avec » et non « faire pour » et permettre aux personnes âgées d’être actrices de ces moments), tout au long de l’année (par exemple, ne pas limiter les repas partagés au temps de Noël ou de fêtes).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.3.2</i></p>	Collectivités territoriales, Acteurs et actrices de l’action sociale (Centres communaux d’action sociale - CCAS et l’Union nationale des CCAS - UNCCAS), Associations, Acteurs et actrices de l’aide alimentaire.	Dès que possible
<p>22. Promouvoir les repas intergénérationnels. Ne pas focaliser l’intergénérationnel entre personnes âgées et enfants, mais élargir cet intergénérationnel entre toutes les classes d’âges – notamment avec les adultes dans la vie active (par exemple, repas partagé entre un EHPAD et un restaurant d’entreprise).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.3.2</i></p>	Collectivités territoriales, Etablissements d’hébergement des personnes âgées, Entreprises, Acteurs et actrices de la restauration collective, Associations.	Court terme (<2 ans)
Levier B.9 - Faciliter l’accès aux dispositifs d’aides		
<p>23. Mettre en place et/ou promouvoir un lieu unique (« un pôle sénior ») permettant aux personnes âgées et à leurs proches :</p>	Ministères, Parlement, Collectivités territoriales, Maisons France Service, Acteurs et actrices de l’action sociale (CCAS, UNCASS), Associations représentant les personnes âgées.	Court terme (< 2 ans)

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>i. d’avoir accès à une information claire et exhaustive sur les dispositifs d’aide (par exemple, services de mobilité services d’aide à domicile, services de portage de repas, institutions...) présents dans leur territoire géographique,</p> <p>ii. de bénéficier d’une aide pour connaître leurs droits et réaliser les formalités administratives,</p> <p>iii. d’avoir la possibilité de mener des bilans de prévention, en particulier sur l’alimentation,</p> <p>iv. d’être accompagnés dans le choix du dispositif d’aide en fonction des besoins et des attentes des personnes âgées.</p> <p>Ce lieu doit être clairement identifié (par exemple, nom explicite et unique sur tout le territoire français) et facilement accessible aux personnes âgées et à leurs proches. Dans ce lieu, accompagner les professionnel(le)s pour qu’ils adoptent une communication positive et non-stigmatisante vis-à-vis des personnes âgées et de leurs proches.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.1, 3.3.1, 3.3.2</i></p>		
Levier B.10 - Adapter l’offre alimentaire aux besoins nutritionnels et aux capacités fonctionnelles et motrices des personnes âgées		
<p>24. Renforcer la formation des cuisinier(e)s des structures de portage de repas, des institutions et des établissements de santé pour garantir :</p> <p>i. la qualité nutritionnelle des repas (c’est-à-dire couvrir les besoins nutritionnels) et</p> <p>ii. la qualité sensorielle des repas (c’est-à-dire maintenir le plaisir à manger) en tenant compte de l’appétit et des capacités bucco-dentaires, d’éventuels troubles de la déglutition ainsi que des préférences et des habitudes des bénéficiaires âgé(e)s.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 1.3.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.4</i></p>	<p>Ministère, notamment celui en charge de l’éducation et l’enseignement supérieur, Organismes de formation, Acteurs et actrices du portage de repas à domicile, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissement d’hébergement pour personnes âgées, Etablissement de santé.</p>	<p>Dès que possible</p>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>25. Pour les personnes âgées en perte d'appétit, quel que soit leur lieu de vie, promouvoir le développement de recettes enrichies permettant le maintien d'un régime alimentaire varié. Formuler ces recettes de façon à garantir une teneur minimale en protéines et en calories pour les recettes enrichies, correspondant aux besoins des personnes âgées en perte d'appétit.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.2.2</i></p>	<p>Haute Autorité de Santé (HAS), Santé publique France (SpF), Organismes de recherche, Acteurs et actrices de la restauration collective, Entreprises de nutrition clinique, Nutritionnistes-Diététiciens, Professionnel(le)s de santé, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées et Etablissements de santé.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>26. Promouvoir l'utilisation de la norme IDDSI²⁴⁸ pour la préparation des repas en texture modifiée, de façon à avoir un référentiel commun entre les aidant(e)s à domicile, l'hôpital et les institutions. Promouvoir le diagnostic des troubles de la déglutition à domicile, en institution et à l'hôpital par des personnes qualifiées.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.2.2</i></p>	<p>Haute Autorité de Santé (HAS), Organismes de formation, Nutritionnistes-Diététiciens, Professionnel(le)s de santé, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées et Etablissements de santé, Entreprises de la nutrition clinique.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>Levier B.11 Permettre aux personnes âgées de rester actrices de leur alimentation</p>		
<p>27. ★ Sensibiliser et former les acteurs et actrices de l'écosystème de la personne âgée (intervenant(e)s et aidant(e)s familiaux, professionnel(e)s de santé, cuisinier(e)s, services de portage de repas, directeurs et directrices d'établissements...) à écouter et tenir compte des attentes, des habitudes et des préférences des personnes âgées, dans la limite de leurs capacités fonctionnelles et cognitives préservées, quel que soit leur lieu de vie. Faire appel à des ergothérapeutes et orthophonistes pour aider à gérer les difficultés à se nourrir (par exemple, utilisation de couverts et outils adaptés) et prolonger l'autonomie.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir parties 2.2.1, 2.2.2</i></p>	<p>Santé publique France (SpF), Organismes de formation, Associations d'aidants familiaux, Structures d'aide à la personne, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées, Etablissements de santé, Professionnel(le)s de santé et paramédical (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes), Conseils de la vie sociale dans les établissements accueillants des personnes âgées.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>

²⁴⁸ International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, voir [partie 2.2.2](#) du présent avis.

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>28. Repenser le service de portage de repas de façon à élargir l'offre à la livraison de courses ou de repas semi-préparés, par exemple, ingrédients à assembler permettant à la personne âgée de rester actrice de son alimentation.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.4</i></p>	<p>Acteurs et actrices du portage de repas à domicile, Collectivités territoriales, Acteur et actrices de l'action sociale (CCAS, UNCCAS).</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>
<p>29. Promouvoir le maintien ou le développement d'espaces de dialogue et de choix dans les institutions hébergeant des personnes âgées à long terme (par exemple, EHPAD). Par exemple, permettre à la personne âgée de choisir ce qu'elle mange, avec qui et/ou à quelle heure elle mange. Repenser les commissions « menus » des services de portage, des institutions et des établissements de santé afin qu'elles soient des vrais lieux d'écoute des attentes et préférences des résident(e)s âgé(e)s concernant leur alimentation et des leviers de changement pour adapter l'offre alimentaire de ces établissements aux attentes et préférences des résident(e)s âgé(e)s. Faire évoluer les commissions « menus » vers des commissions « alimentation » en élargissant leur champ d'action, en favorisant l'émergence de « partenariats » (faire « avec » et non faire « pour ») entre bénéficiaires âgés, leurs représentant(e)s et les professionnel(le)s et en les rendant pluri-annuelles.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.3</i></p>	<p>Acteurs et actrices du portage de repas à domicile, Etablissements hébergement des personnes âgées, Etablissements de Santé, Acteurs et actrices de l'action sociale (CCAS, UNCCAS), Organes d'évaluation des établissements d'accueil, Diététiciens-nutritionnistes, Associations représentant les personnes âgées.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>Ambition C. L'alimentation des personnes âgées : un enjeu pour les politiques publiques</p>		
<p>Levier C.12 - Garantir des budgets minimaux pour une alimentation de qualité</p>		
<p>30. ★ Définir le coût journalier minimal des denrées alimentaires dans les établissements de soin, les EHPAD et lors du portage des repas à domicile qui prend en compte tous les repas servis (petit-déjeuner, déjeuner, diner, collation) et qui répond à la fois aux besoins nutritionnels spécifiques des personnes âgées et aux objectifs de la loi EGAlim tout en maintenant le plaisir à manger. Le coût de l'alimentation ne doit pas être une variable d'ajustement.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.3.3</i></p>	<p>Ministère, Parlement, Gouvernement, Agences Régionales de Santé (ARS), Conseils départementaux, CNRC, Organismes de la recherche, Fédération des établissements d'accueil des personnes âgées</p>	<p>Dès que possible</p>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>31. Veiller à ce que les dispositifs visant à lutter contre la précarité alimentaire, y compris les expérimentations de Sécurité Sociale de l'Alimentation²⁴⁹, en cours et à venir, prennent en compte, y compris dans leurs évaluations, les besoins nutritionnels, les habitudes et l'hétérogénéité de la population âgée.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.1.1</i></p>	<p>Ministères, Parlement, Gouvernement, Acteurs et actrices de l'aide alimentaire.</p>	<p>Court terme (<2 ans)</p>
<p>Levier C.13 - Atteindre les objectifs d'approvisionnement fixés par la loi EGALim</p>		
<p>32. Faire un état des lieux pour identifier les freins et les leviers à l'atteinte des objectifs EGALim dans les services de restauration collective à destination des personnes âgées (service de portage de repas, institutions, établissements de santé).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.1</i></p>	<p>Ministères, Directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRAAF), Directions de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DAAF) et Directions régionales interdépartementales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt (DRIAAF), Agences régionales de santé (ARS), Collectivités territoriales, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement de personnes âgées, Etablissements de santé.</p>	<p>Dès que possible</p>
<p>33. Mieux informer les bénéficiaires âgé(e)s des services de restauration collective, leurs familles et leurs représentant(e)s, des enjeux et objectifs de la loi EGALim. Faire connaître auprès de ces personnes les scores de chaque établissement en matière de respect de l'application de ces objectifs et l'aborder dans les commissions « menus » de ces structures. Notamment, afficher les taux d'approvisionnement en produits durables et de qualité, et en produits bio, ainsi que l'origine des viande²⁵⁰.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.1</i></p>	<p>Ministère de l'Agriculture et Ma cantine, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement de personnes âgées, Etablissements de santé., Associations de représentants des personnes âgées et de leur famille.</p>	<p>Dès que possible</p>
<p>Levier C.14 - Articuler la lutte contre le gaspillage et le respect des besoins des personnes âgées</p>		

²⁴⁹ Recommandation n°5 de l'avis 91 du CNA sur la prévention et la lutte contre la précarité alimentaire.

²⁵⁰ Selon le décret n°2002-1465 du 17 décembre 2002 relatif à l'étiquetage des viandes bovines, porcines, ovines et de volailles dans les établissements de restauration

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>34. Faire évoluer les recommandations pour les services de restauration collective à destination des personnes âgées en termes de besoins nutritionnels plutôt qu'en termes de grammages recommandés, afin de faciliter la mise en place de repas enrichis ou le fractionnement des prises alimentaires pour les personnes âgées présentant une baisse d'appétit.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.3</i></p>	<p>Ministères, Haute Autorité de Santé (HAS), Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), Acteurs et actrices de la restauration collective.</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>
<p>35. Inciter les services de restauration collective à destination des personnes âgées à mener des actions de lutte contre le gaspillage alimentaire aux stades :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. De l'approvisionnement en denrées alimentaires (ex : adapter sa politique d'achat en fonction des excédents de préparation et des données de sorties récoltées via les retours des convives et le suivi des restes-assiettes). ii. De la préparation des denrées alimentaires (ex : veiller au goût, à une texture adaptée et à la présentation des denrées notamment en utilisant du matériel adapté aux préparations et en vérifiant l'assaisonnement) iii. Du service (ex : échanger avec le ou la convive sur ses préférences, valoriser les denrées servies via la description des menus ou l'indication des labels, optimiser l'utilisation du matériel de maintien au chaud pour garantir une température de service idéale et éviter le dessèchement des denrées, offrir la possibilité aux convives d'assaisonner leur repas à leurs goûts). iv. De la gestion des denrées non consommées (ex : proposer du surplus en fin de service, de valoriser les excédents de préparation en nouvelles recettes, sensibiliser les convives au gaspillage alimentaire).²⁵¹ <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.3</i></p>	<p>Collectivités territoriales, Acteurs et actrices de la restauration collective, Etablissements d'hébergement de personnes âgées, Etablissements de santé.</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>

²⁵¹ Pour plus d'exemples d'actions anti-gaspi dans la restauration, voir le référentiel restauration du label national anti-gaspillage alimentaire : <https://www.ecologie.gouv.fr/politiques-publiques/label-national-anti-gaspillage-alimentaire>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>36. Développer et promouvoir des ateliers anti-gaspillage dans les institutions et les établissements de santé accueillant des personnes âgées. Intégrer un volet nutritionnel dans ces ateliers de façon à ne pas négliger la prise en charge des personnes présentant une baisse d'appétit (la taille des portions doit être adaptée à chaque convive tout en garantissant le respect des recommandations nutritionnelles).</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.3</i></p>	<p>Collectivités territoriales, Acteurs et actrices de la restauration collective, Acteurs et actrices de la production et de la distribution, Etablissements d'hébergement de personnes âgées, Etablissements de santé, Diététiciens-nutritionnistes.</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>
<p>37. S'assurer que les économies gagnées dans la lutte contre le gaspillage alimentaire soient garanties pour améliorer la qualité de l'alimentation.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.2.3</i></p>	<p>Ministères, Acteurs et actrices de la restauration collective, Établissements d'hébergement et de santé, Associations de représentants des personnes âgées et de leur famille.</p>	<p>Long terme (>5 ans)</p>
<p>Levier C.15 - Lutter contre les inégalités territoriales et favoriser la concertation des différents acteurs et actrices intervenants dans le cadre de l'alimentation des personnes âgées</p>		
<p>38. ★ Sanctuariser le budget alimentation dans les établissements d'accueil et pour le portage de repas rapporté au nombre de personnes âgées dans les départements et régions pour assurer une alimentation saine et de qualité partout et pour toutes et tous. Notamment, permettre la prise en charge du surcoût du repas enrichi dans les coûts « soins » et non dans les coûts de restauration.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.3.3</i></p>	<p>Ministères, Parlement, Collectivités territoriales, Conseil National de la Restauration Collective (CNRC), Fédération des établissements d'hébergement de santé et médico-sociaux.</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>
<p>39. Promouvoir et évaluer la mise en place d'actions concertées autour de l'alimentation et/ou de la dénutrition impliquant tous les acteurs et actrices de l'écosystème des personnes âgées à domicile et en établissement sanitaire et médicaux-social.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 3.3.2</i></p>	<p>Ministères, Collectivités territoriales, Agence régionales de santé (ARS), Organismes de recherche, Professionnel(le)s de santé, Nutritionnistes-diététiciens, Acteurs et actrices de l'action sociale (CCAS, UNCCAS), Structures d'aide à la personne, Etablissements d'hébergement pour personnes âgées, Etablissements de santé, acteurs et actrices de l'aide alimentaire.</p>	<p>Long terme (>5 ans)</p>
<p>40. Etablir un référentiel national pour garantir un niveau de service de portage de repas a minima équivalent sur tout le territoire français. Intégrer des aspects relatifs aux besoins nutritionnels, au plaisir à manger, au choix</p>	<p>Ministères, Conseil national de la restauration collective (CNRC), Collectivités territoriales, Acteurs et actrices de l'action sociale.</p>	<p>Moyen terme (2 à 5 ans)</p>

Recommandations	Acteurs de la mise en œuvre	Echéance
<p>offert au ou à la bénéficiaire, à la relation entre la personne livrant les repas et le ou la bénéficiaire ainsi qu'au repérage de situations susceptibles de compromettre la santé du ou de la bénéficiaire.</p> <p style="text-align: right;"><i>Voir partie 2.4</i></p>		

Depuis 2022, le CNA mène un suivi de ses avis. Cette démarche vise à collecter des informations permettant de renseigner l’avancée de la mise en œuvre des recommandations clés des avis. Ce travail est conduit principalement par le secrétariat interministériel mais mobilise également des membres du groupe de concertation avant et après le vote de l’avis.

Éléments de méthodologie et de calendrier

Lors de la concertation : plusieurs éléments de méthodologie ont été mis en place pour faciliter le suivi post-publication de l’avis. La rédaction des recommandations s’est faite en cohérence avec les méthodes et principes rédactionnels présentés en séance au groupe de concertation. Le tableau des recommandations a été élaboré de façon à faciliter la démarche de suivi : les acteurs et actrices de mise en œuvre des recommandations, ainsi que les délais de mise en œuvre (dès que possible, court terme (<2 ans), moyen terme (2 à 5 ans), long terme (>5 ans)), ont notamment été précisés. Enfin, 9 recommandations clés ont été identifiées dans un souci de lisibilité de l’avis. Du fait de leur caractère prioritaire, ces recommandations feront l’objet d’un suivi plus appuyé. Pour guider au mieux le travail de suivi du secrétariat interministériel, le groupe de concertation a collectivement défini des scénarios de réalisation des recommandations clés de l’avis. Ces scénarios indiquent les conditions dans lesquelles une recommandations clés pourra être considérée comme « réalisée ».

À court terme après la fin de la concertation (quelques semaines ou mois après l’adoption de l’avis), le secrétariat interministériel du CNA, les membres du groupe de concertation et du CNA plénier valorisent et diffusent l’avis auprès de leurs réseaux, des ministères de rattachement du CNA et des acteurs et actrices concernés par le sujet.

À plus long terme après la concertation, une veille générale et une veille approfondie sur les recommandations portées par le présent avis sont mises en place par le secrétariat interministériel du CNA, en y associant les membres du groupe de concertation et du CNA plénier le cas échéant, dans l’objectif de suivre leur prise en compte et leur mise en œuvre. Les résultats de ces travaux de veille sont diffusés aux membres du groupe de concertation et du CNA plénier selon la méthodologie de suivi des avis validée par le CNA en 2022.

Annexe 1 – Liste des sigles employés

Annexe 2 – Mandat de travail du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir »

Annexe 3 – Composition du groupe de concertation

Annexe 4 – Personnalités auditionnées par le groupe de concertation et thèmes des auditions

Annexe 5 – Note de positionnement du groupe de concertation « bien vieillir » adressée au groupe de concertation « Mieux communiquer et informer pour prévenir le risque sanitaire des pratiques alimentaires »

Annexe 1 – Liste des sigles employés

Ademe	Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie
AGGIR (<i>grille</i>)	(<i>grille</i>) Autonomie Gérontologique et Groupe Iso Ressources
AGEC (<i>Loi</i>)	(<i>Loi</i>) Anti-Gaspillage pour une Économie Circulaire
Anses	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASV (<i>Loi relative à</i>)	(<i>Loi relative à</i>) l'Adaptation de la Société au Vieillessement
BPCO	Bronchopneumopathie Chronique Obstructive
CASF	Code de l'Action Sociale des Familles
CCAF (Enquête)	Enquête Comportements et Consommations Alimentaires
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CLIC	Centres Locaux d'Information et Coordination
CNA	Conseil National de l'Alimentation
Cnav	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CNO	Compléments Nutritionnels Oraux
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
CSA	Conseil Supérieur de l'Audiovisuel
DAC	Dispositifs d'Appuis à la Coordination
DADFMS	Denrées Alimentaires Destinées à des Fins Médicales Spéciales
Drees	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EGAlim (<i>Loi pour</i>)	(<i>Loi pour</i>) l'Équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et une alimentation saine et durable
EHPA	Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissements d'Hébergement pour personnes Âgées Dépendantes
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESPEN	<i>European Society for Clinical Nutrition and Metabolism</i>
FAO	<i>Food and Agricultural Organisation</i>
GEM-RCN	Groupe d'Étude des Marchés de Restauration Collective et de Nutrition
GIR	Groupe Iso-Ressources

GLIM	<i>Global Leadership Initiative on Malnutrition</i>
GC	Groupe de Concertation
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut conseil de santé publique
ICOPE	<i>Integrated Care for Older People</i>
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
INRAE	Institut National de Recherche pour l'Agriculture, l'alimentation et l'Environnement
Insee	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
Inserm	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAIA	Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MDPH	Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
OIE (<i>OMSA depuis 2022</i>)	Office International des Epizooties
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMSA (<i>ancien OIE</i>)	Organisation Mondiale de la Santé Animale
ONU	Organisation des Nations Unies
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
RNP	Référence Nutritionnelle en Protéines des adultes en bonne santé
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSS	Résidences Services Séniors
SFNCM	Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme
SPDA	Service Public Départemental de l'Autonomie
SpF	Santé publique France
USLD	Unités de soins de longue durée
WHO (<i>OMS</i>)	<i>World Health Organisation</i> (Organisation Mondiale de la Santé)

Annexe 2 – Mandat de travail du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir »

Version adoptée le 5 juillet 2023

Contexte

Le Conseil national de l'alimentation s'est autosaisi sur le sujet de « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » à l'issue d'un vote des sujets prioritaires par voie électronique en mars 2023.

Le sujet de l'alimentation des seniors a été régulièrement mis en avant par les membres du CNA comme un sujet potentiel de concertation au cours des différentes mandatures, qui l'identifient comme un enjeu majeur de santé publique et social. A tous les âges de la vie, l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir.

A partir de 65 ans, des besoins nutritionnels spécifiques doivent être couverts pour assurer un bon fonctionnement de l'organisme. L'avancée en âge avec le vieillissement biologique constitue un facteur de risque de plusieurs troubles et maladies et ainsi de perte d'autonomie. Alors que la population est vieillissante²⁵² et que les personnes âgées sont de plus en plus dépendantes en France²⁵³, la prévention de la perte d'autonomie est devenue un enjeu de santé publique et du bien vieillir.

Quelques éléments clés :

- Des enjeux nutritionnels multiples :

- La nutrition de la personne âgée fait l'objet d'une attention particulière dans les politiques publiques depuis le PNNS 3 de 2011. Outre des besoins nutritionnels spécifiques, des différences de consommation alimentaire chez les seniors sont notables, par exemple chez les plus âgés on identifie une hausse de la consommation de fruits et de légumes et une baisse de la consommation en viande en lien avec des problèmes de mastication et de déglutition dus au vieillissement^{254,255}.
- la **malnutrition** constitue une des causes principales d'hospitalisation des seniors : 40 % des personnes âgées sont hospitalisées pour des conséquences de dénutrition^{256,257}. Par ailleurs la dénutrition touche 4 à 10 % des personnes âgées à domicile (de plus de 70 ans). Avec la dénutrition, d'autres maladies liées à l'âge comme les maladies neurodégénératives peuvent conduire à la perte d'autonomie.
- L'alimentation est également un facteur de plus en plus reconnu dans le **ralentissement du vieillissement cérébral**. En effet, un nombre croissant d'études souligne le rôle protecteur d'une alimentation saine dans le développement du déclin cognitif lié à l'âge voire des maladies neurodégénératives^{258,259}.
- De plus, le vieillissement altère le **microbiote intestinal**, déterminé majoritairement par l'alimentation. Par ailleurs, ces altérations sont davantage présentes chez les personnes âgées placées en centres de soins

²⁵² « La part des 65 ans ou plus augmente depuis plus de 30 ans et le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010 ». « Au 1er janvier 2022, 21,0 % des personnes en France ont 65 ans ou plus et 9,8 % ont 75 ans ou plus. » ([Insee, bilan démographique 2021](#)). Selon les projections de population pour 2013-2070 en France, « jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues [...] : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus » ([Insee](#)).

²⁵³ En 2015, 2,5 millions de seniors sont en perte d'autonomie, soit 15,3 % des 60 ans ou plus en France. 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 ([Insee](#)).

²⁵⁴ Le Haut Conseil de la santé publique précise dans son avis relatif à la révision des repères alimentaires pour les personnes âgées, publié le 18 mai 2021, que « le croisement entre des critères d'âge et d'état de santé a conduit le Centre d'Analyse Stratégique en 2010 à considérer trois groupes d'âge : les 'seniors' entre 50 et 75 ans, les 'personnes âgées', au-delà de 75 ans et enfin le 'grand âge' au-delà de 85 ans » et précise, par exemple, plus loin qu'« un déclin [...] s'accélère aux alentours de 75 ans en particulier pour la masse et les performances musculaires, la mobilité, ainsi que dans le protéome humain du plasma ».

²⁵⁵ En janvier 2020, l'Anses publie un avis sur l'actualisation des repères alimentaires du PNNS spécifiquement pour les femmes dès la ménopause et les hommes de plus de 65 ans.

²⁵⁶ [La dénutrition en chiffres, lutte contre la dénutrition](#) (www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr)

²⁵⁷ CNA, Avis 90 : Nouveaux comportements alimentaires, page 18.

²⁵⁸ Barberger-Gateau, P., Rullier, L., Féart, C. & Bouisson, J. (2010). Alimentation et vieillissement cérébral : une relation complexe. *Gérontologie et société*, 33(134), 107-121.

²⁵⁹ Féart, C., Samieri, C., Ajana, S., Auriacombe, S., Delcourt, C., Dartigues, J. F., & Helmer, C. (2016). Régime méditerranéen et risque de démence à long terme : résultats de l'étude Trois-Cités-Bordeaux. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 30(3), 230-231.

longue durée, accentuant leur état de fragilité, comparé aux personnes âgées résidant à leur domicile. Cette différence serait liée au changement de régime alimentaire dû à la perte d'autonomie qui accompagne le placement en centre de soins. La mise en place de stratégies nutritionnelles pourrait être un moyen pour améliorer l'état du microbiote intestinal et de santé des personnes âgées^{260,261}.

- L'alimentation comme vecteur de lien social :

- le repas constitue un moment de plaisir et d'échange social fondamental, en particulier pour les personnes âgées vivant en institution comme les EHPAD. Pour certaines, le manque d'autonomie fonctionnelle ou les conditions du repas entraîne la perte du **plaisir liée à l'alimentation**. Le respect des goûts et habitudes du résident ou de la résidente représente ainsi un enjeu essentiel. Pour les personnes âgées vivant à leur domicile, les repas participent au **maintien du lien social**. La restauration collective est également vectrice de lien social. L'enjeu de l'amélioration de la qualité dans ce secteur est à croiser avec celui du lien social et de l'accès économique des personnes âgées à une alimentation de qualité.
- À l'inverse, l'isolement des personnes est délétère d'un point de vue nutritionnel. En France, 43 % des personnes âgées de plus de 80 ans habitent seules et certaines peuvent avoir un pouvoir d'achat réduit. Les grandes villes et les campagnes sont plus exposées aux situations d'isolement des séniors alors que dans le même temps la désertification de certains territoires complique l'approvisionnement en denrées alimentaires²⁶².

Objectifs

Le groupe de concertation, réunissant les membres du CNA ainsi que les structures qui auront utilement été associées a pour mission d'organiser une réflexion sur l'alimentation des séniors.

Sur la base d'une méthodologie proposée par le secrétariat interministériel du CNA, il est attendu que le CNA émette des recommandations pour une meilleure alimentation des séniors, dans un contexte d'augmentation de la part de personnes de plus de 60 ans dans la population, ainsi que des propositions d'actions favorables à la préservation de la santé et des liens sociaux des séniors.

Attendus

De nombreux travaux ont été menés ou sont en cours sur ce sujet, notamment dans le domaine de la dénutrition des personnes âgées. Il s'agira notamment de s'articuler avec et de s'appuyer sur :

- les précédents avis du CNA, notamment Besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques (avis 53), Alimentation en milieu hospitalier (avis 78), Alimentation favorable à la santé (avis 81), Education à l'alimentation (avis 84) et Nouveaux comportements alimentaires (avis 90) ;
- les études et publications récentes sur l'alimentation et les habitudes alimentaires des séniors (dont les travaux d'INRAE, de l'Inserm, du HCSP et de la HAS) ;
- les plans nationaux alimentation et nutrition (en particulier le PNNS 2019-2023 et le PNA 2019-2023).

Les réflexions du CNA pourront s'articuler autour de plusieurs axes :

- Un **état des lieux de l'existant**, selon une approche Une seule santé et en identifiant les politiques publiques mises en place pour les prévenir, **concernant les liens entre l'alimentation et les troubles et maladies liés** :

²⁶⁰ Rebeca Martin Rosique, Philippe Langella, Jean-Marc Chatel (2018). Microbiote et vieillissement. Innovations Agronomiques, 65, pp.55-66.

²⁶¹ Claesson, M. J., Jeffery, I. B., Conde, S., Power, S. E., O'connor, E. M., Cusack, S., ... & O'toole, P. W. (2012). Gut microbiota composition correlates with diet and health in the elderly. Nature, 488(7410), 178-184 à partir de GutMicrobiotaForHealth.com

²⁶² Guillaume ANDRE, 2022. [L'alimentation des personnes âgées : enjeux et recommandations \(Pays de la Loire\)](#)

- à l'âge (comme la dénutrition, la sarcopénie, l'ostéoporose et les maladies neurodégénératives, troubles bucco-dentaires),
- aux apports nutritionnels (carences en protéines et autres nutriments),
- ainsi que les difficultés engendrées par les maladies chroniques pour s'alimenter (diabète, cancer, etc.) ;
- **Le rôle de l'alimentation dans le maintien du lien social et de l'autonomie ;**
- Les leviers d'action pour améliorer **l'environnement alimentaire des personnes âgées en institution et à domicile** et leur assurer un meilleur accès à une alimentation saine et durable dans un contexte de plaisir et de convivialité. En particulier, étudier la question de l'accessibilité économique pour les personnes âgées défavorisées et la question de la restauration collective en EPHAD²⁶³ en identifiant les retards accumulés par rapport à la loi EGALIM et les leviers pour les combler.

Les recommandations devront s'adresser aux décideurs publics comme privés.

Modalités de fonctionnement

La présidente du groupe de concertation, Claire Sulmont-Rossé, présentera le programme de travail et rendra compte régulièrement des travaux en séance plénière du CNA. La vice-présidence sera assurée par Nicole Bohic. La présidente et la vice-présidente prépareront les réunions aux côtés du secrétariat interministériel du CNA, formant ainsi un comité de pilotage.

Les invitations et ordres du jour des réunions seront établis par le comité de pilotage. Ce dernier assurera le bon déroulement du processus de concertation, conformément aux procédures et au règlement intérieur du CNA. Il proposera également un outil de suivi des recommandations.

Pour préparer les débats, le comité pourra conduire des auditions d'expert(e)s et de spécialistes. Il pourra également élargir le tour de table des membres du groupe de concertation en fonction des besoins liés à la thématique traitée.

Il est attendu une adoption de l'avis du CNA pour la fin du premier semestre 2024.

²⁶³ Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), « Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du groupe Orpéa », mars 2022.

Annexe 3 – Composition du groupe de concertation

Présidente	Claire SULMONT-ROSSE
Vice-présidente	Nicole BOHIC
Secrétariat interministériel du CNA	Sylvie VAREILLE, Hélène AMAR, Mauranne LACHAISE, Cecilia DI LORETO, Marine LAZZARO

(1) Collège des consommateurs et usagers

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
ADEIC - Association de défense, d'éducation et d'information du consommateur	Jean-Louis BLANC	
CLCV – Consommation, logement et cadre de vie	Lisa FAULET	Marie-Claude FOURRIER
CNAFAL – Conseil National des Associations Familiales Laïques	Françoise THIEBAULT	
CNAFC* – Confédération Nationale des Associations Familiales Catholiques	Patrick MARTIN	
Familles de France	Jamy BELKIRI	
FNFR – Fédération Nationale Familles Rurales	Marc JONGLEZ	Anne LEGENTIL
UFC – Que choisir* – Union Fédérale des Consommateurs	Olivier ANDRAULT	
UNAF – Union nationale des associations familiales	Dominique ALLAUME-BOBE	

(2) Collège des producteurs agricoles

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
LCA – La coopération agricole	Camille CARVALHO	
FNAB – La Fédération Nationale d'Agriculture Biologique	Valentin CEZE	
CRUN* – Coordination rurale	Tristan ARLAUD	
FNSEA – Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles	Elisa THOMAS	
ACOFAL – Association de Coordination du Frais Alimentaire	Anna ESSEX	Marie FILLON

(3) Collège de la transformation

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
ANIA – Association Nationale des Industries Alimentaires	Timothée ARAR-JEANTET	Nikta VAGHEFI
	Emmanuelle GAY	
	Julie AVRILLIER RAMBOURG	
	Laurence VIGNE	
LCA – La coopération agricole	Benjamin CHOQUE	Nathalie BLAISE
CGAD – Confédération Générale de l’Alimentation en Détail	Grégory MAILLARD	Céline EGU
PACT’ALIM	Marie-pierre KAFFEL	Glenn BEUGNOT

(4) Collège de la distribution

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
CGF – Confédération des grossistes de France	Delphine FOUCAULT	Pierre PERROY
FCD*	Emilie TAFOURNEL	
SEMMARIS	Valérie VION	

(5) Collège de la restauration

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
AGORES – Association nationale des directeurs de la restauration collective territoriale	Marie-Noëlle HAYE	Christophe HEBERT
RestauCo	Christophe MARI	Marie-Cécile ROLLIN
SNRC – Syndicat National de la Restauration Collective	Véronique MOURIER	Carole GALISSANT

(6) Collège des salariés de l’agriculture, de l’agroalimentaire et de la distribution des produits alimentaires

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
CFE-CGC AGRO – Confédération Française de l’Encadrement, Confédération Générale des Cadres – Fédération nat. agroalimentaire	Pierre BAREILLE	

(7) Collège des représentants d'associations de la société civile

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
Associations mettant en œuvre l'aide alimentaire	Barbara MAUVILAIN	
Associations de protection de l'environnement*	Benoît GRANIER	
France Assos Santé	François RULLIER	Jean-Claude GENET

(8) Collège des personnalités qualifiées

Titulaire	Organisme
Nicole DARMON	Directrice de recherche à INRAE
Fabrice ETILE	Économiste, Directeur de recherche INRAE et professeur à PSE
Eve FOUILLEUX	Directrice de Recherches en science politique au CNRS
Pascale HEBEL	Directrice associée de CWAYS
Clémence NASR	Chercheuse au sein de l'équipe « Modes de vie en transition » à l'IDDRI

(9) Membres de droit

Association des Maires de France – AMF	Elisabeth BLANCHET
Institut National de la Consommation – INC	Alain-Henri DUVAL
Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – Inserm	Mélanie DESCHASAUX-TANGUY

(10) Participants de plein droit

Ministère en charge de l'agriculture	<i>Pour la Direction générale de l'alimentation (DGAL) :</i> Erwan DE GAVELLE Marion LOUIS <i>Pour le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) :</i> Benoit ASSEMAT
Ministère en charge de la santé	<i>Pour la Direction générale de la santé (DGS) :</i> Isabelle DE GUIDO-VINCENT-GENOD Nathalie JOANNARD <i>Pour la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) :</i> Emilie SAMIE
Ministère en charge de l'économie	<i>Pour la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) :</i> Alice STENGEL

INVITES PERMANENTS

AFDN – Association française des Diététiciens Nutritionnistes	Isabelle PARMENTIER
SGAE / CIAA* – Secrétariat Général des Affaires Européennes – Comité Interministériel de l'Agriculture et de l'Alimentation	Andrée SONTOT

STRUCTURES INVITÉES AU GROUPE DE CONCERTATION

INVITES DU GROUPE

Organisme	Titulaire	Suppléant(e)
Collectif de lutte contre la dénutrition	Agathe RAYNAUD-SIMON	
Alim50+	François GUILLON	Hassan YOUNES
Fondation Médéric-Alzheimer	Christine TABUENCA	
Cnav - Caisse nationale d'assurance vieillesse	Mathilde JACOBE	Frédérique GARLAUD Catherine LACHAUSSEE
CIAAF - Collectif Inter-Associatif des Aidants Familiaux	Chantal BRUNO	
Union des Gérontopôles	Françoise TENENBAUM	
Old'Up - Association représentante des personnes âgées	Martine GRUERE	

* Les structures dont le nom est suivi d'une étoile se sont inscrites mais n'ont participé à aucune réunion du groupe.

Annexe 4 – Personnalités auditionnées par le groupe de concertation et thèmes des auditions

Séance d'audition du jeudi 9 novembre 2023

Alimentation des personnes âgées et aspects psycho-sociaux

L'environnement alimentaire à domicile et en institution et les enjeux sociaux de l'alimentation chez les personnes âgées

- **Philippe CARDON** – enseignant-chercheur titulaire à l'université de Lille et membre du Laboratoire CeRIES.

Les habitudes alimentaires des personnes âgées

- **Franck LEHUEDE** – Directeur d'études et de recherche au CREDOC (Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de Vie) et **Mathilde GRESSIER** – cheffe de projet au CREDOC

Les sociabilités alimentaires des personnes âgées

- **Sonia BOUIMA** – Socio-anthropologue, PhD, Chercheuse associée au laboratoire S2HEP de l'Université Lyon 1 - Fondatrice de Humaneaty

Séance de d'audition du mercredi 13 décembre 2023

Nutrition et vieillissement

Etat des lieux des besoins nutritionnels des personnes âgées et des indicateurs de l'évolution de l'état nutritionnel

- **Agathe RAYNAUD-SIMON** – gériatre, spécialiste en nutrition, représentante du Collectif de lutte contre la dénutrition dans le groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir »
- **Pr Eric FONTAINE** sur les recommandations du Collectif de lutte contre la dénutrition [capsule]

Le rôle des micronutriments notamment dans la prévention des maladies liées à l'âge

- **Cécilia SAMIERI** – Épidémiologiste, Directrice de recherche à l'Inserm dans l'Unité Bordeaux Population Health, spécialisée dans le vieillissement cérébral

Nourrir la symbiose microbiote-hôte pour le bien vieillir

- **Joël DORE** – directeur de recherche à l'unité Microbiologie de l'Alimentation au service de la Santé (Micalis) et directeur scientifique de l'unité MétaGénoPolis - INRAE

Séance d'audition du mercredi 10 janvier 2024

Durabilité de l'alimentation des seniors

L'accès à une alimentation de qualité pour les personnes âgées

- **Gaëlle SORIANO** – diététicienne, docteure en épidémiologie (thèse sur l'autonomie alimentaire chez la personne âgée, Inserm), Chef de projet Recherche Clinique au CHU de Toulouse

Apport en protéines et vieillissement

- **Dominique DARDEVET** – Directeur de recherche INRAE, Unité de Nutrition Humaine, Clermont-Ferrand.

Les contraintes des services travaillant auprès des personnes âgées (à travers le prisme des portages des repas et la formation des aides à domicile)

- *Portage à domicile*
- **Claire SULMONT-ROSSE** sur les chiffres clés du portage à domicile
 - *Formation des aides à domicile*
- **Jérôme PERRIN** – directeur du développement et de la qualité de l'Union nationale à l'ADMR [capsule]

Séance d'audition du mercredi 31 janvier 2023

Etat des lieux des politiques publiques de l'alimentation à destination des personnes âgées

Prévention de la dénutrition : le cas du programme ICOPE

- **Dr Sophie GUYONNET** – IHU HealthAge, Directrice des Programmes, Responsable Cohorte Translationnelle Inspire-T, CHU Toulouse, Cité de la Santé, Inserm UMR1295 – Equipe Vieillesse MAINTAIN

Etat des lieux des politiques publiques au niveau national

- **Florian KASTLER** – Chef du bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées, Sous-direction autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées à la Direction générale à la cohésion sociale

La communication pour favoriser le bien vieillir

- **Emmanuelle HAMEL** – Coordinatrice des approches populationnelles, Direction de la prévention et de la promotion de Santé Publique France - Agence nationale de santé publique
- **Catherine LACHAUSSEE** – responsable du pôle offre de services et parcours au sein de la direction nationale d'action sociale de la Cnav

Enjeux de l'alimentation des personnes âgées au niveau local

- **Agnès GIBOREAU** – Programme ALISA et **Laure DESCHAMPS**, conseillère municipale d'Écully, Déléguée à la solidarité et à la santé et Vice-présidente du CCAS Écully
- **Joachim REYNARD [capsule]** – Directeur communication-événementiel, Rédacteur en chef d'Apriles, Responsable développement journée citoyenne à l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS), présentation des projets :
 - **Estelle MARTIN** et **Carole AVRIL** - [Les marmites partagées](#)
 - **Diane DUPRE LATOUR** - [Les petites cantines](#)
- **Dr Stéphanie MALVOISIN** – Cheffe de service au CHU de la Réunion, psychiatre du sujet âgé, conseillère technique et médical pour le [projet Présage](#) [capsule]

Annexe 5 – Note de positionnement du groupe de concertation « bien vieillir » adressée au groupe de concertation « Mieux communiquer et informer pour prévenir le risque sanitaire des pratiques alimentaires »

Version validée le 23/09/2023

1. Contexte et mandat de travail du GC « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir »

Le sujet de l'alimentation des personnes âgées a été régulièrement mis en avant par les membres du CNA qui l'identifient comme un enjeu majeur de santé publique et social. À tous les âges de la vie, l'alimentation est un déterminant majeur de la santé et du bien vieillir. En mars 2023, le CNA s'est autosaisi sur ce sujet afin d'émettre des recommandations pour une meilleure alimentation des personnes âgées, ainsi que des propositions d'actions favorables à la préservation de leur santé et de leurs liens sociaux.

Le mandat du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » (voir annexe 2), adopté le 7 juillet 2023, proposait au CNA l'objectif d'émettre des recommandations pour une meilleure alimentation des personnes âgées, dans un contexte d'augmentation de la part de personnes de plus de 60 ans dans la population, ainsi que des propositions d'actions favorables à la préservation de la santé et aux liens sociaux des personnes âgées.

Afin de répondre à cet objectif, il était attendu que le groupe élabore un avis permettant :

- de faire un état des lieux de l'existant, selon une approche Une seule santé et en identifiant les politiques publiques mises en place concernant l'alimentation pour prévenir les troubles et maladies liés :
 - à l'âge (comme la dénutrition, la sarcopénie ²⁶⁴, l'ostéoporose et les maladies neurodégénératives, les troubles bucco-dentaires),
 - aux apports nutritionnels (carences en protéines et autres nutriments),
 - ainsi qu'aux difficultés pour s'alimenter engendrées par les maladies chroniques (diabète, cancer, etc.) ;
- de rendre compte du rôle de l'alimentation dans le maintien du lien social et de l'autonomie ;
- d'identifier les leviers d'action pour améliorer l'environnement alimentaire des personnes âgées en institution et à domicile et leur assurer un meilleur accès à une alimentation saine et durable dans un contexte de plaisir et de convivialité. En particulier, étudier la question de l'accessibilité économique pour les personnes âgées défavorisées et la question de la restauration collective en EHPAD en identifiant les retards accumulés par rapport à la loi EGalim et les leviers pour les combler.

Les recommandations devant s'adresser aux décideurs publics comme privés.

2. Périmètre de travail du GC « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir »

Pour répondre aux objectifs fixés par le mandat le groupe de concertation a axé son travail sur 4 dimensions :

- L'alimentation des personnes âgées et aspects psycho-sociaux
- La nutrition et le vieillissement
- La durabilité de l'alimentation des personnes âgées
- Les politiques publiques de l'alimentation à destination des personnes âgées

²⁶⁴ Définition dans la partie 1.1.1.5 de l'avis 92.

Ce groupe a adopté une approche systémique des enjeux nutritionnels, sociaux, économiques, environnementaux et politiques de l'alimentation des personnes âgées. Ces enjeux sont effectivement traités à tous les niveaux de la chaîne alimentaire des personnes âgées en passant par la transformation, la distribution et l'approvisionnement, le consommateur, vivant à domicile ou en institution, l'entourage personnel ou professionnel des personnes, les politiques publiques ciblant les personnes âgées et l'impact environnemental des pratiques alimentaires.

3. Articulation avec des réflexions entre les groupes de concertation

La gestion individuelle des risques sanitaires depuis l'achat des denrées alimentaires jusqu'à leur consommation concerne également les personnes âgées vivant à domicile²⁶⁵. La population âgée est d'autant plus concernée que c'est une population plus à risque et vulnérable aux intoxications alimentaires.

Dans un souci de cohérence et pour garantir à chaque groupe le respect de son mandat et de ses échéances de concertation, la présente note de positionnement du groupe de concertation « L'alimentation comme vecteur du bien vieillir » propose au groupe de concertation « Mieux communiquer et informer pour prévenir le risque sanitaire des pratiques alimentaires » des points de vigilance à prendre en compte dans le cadre d'une communication et d'une information auprès de la population âgée. En effet, plusieurs caractéristiques notables sont à prendre en compte lorsqu'il s'agit d'informer la population âgée en matière de bonnes pratiques alimentaires :

a. L'hétérogénéité de la population âgée

Une « personne âgée » est d'abord un individu qui, comme tous les adultes, a des spécificités irréductibles, des habitudes, une histoire familiale et personnelle et/ou un passé professionnel. Les personnes âgées présentent une grande diversité de profils en lien avec des positions sociales occupées avant la retraite, mais également des parcours de vie, des états de santé, en fonction de leur genre, etc.²⁶⁶. Ce peut être aussi des personnes qui peuvent présenter une altération de leurs capacités physiques ou psychiques, différentes d'une personne à une autre et avec un degré différent d'atteinte de leur autonomie physique et/ou décisionnelle. Ce risque est plus élevé que chez les adultes plus jeunes mais les mécanismes sont les mêmes et chacun peut être confronté à une situation de handicap à tout âge de la vie. **Le terme personne âgée ou sénior recoupe donc différentes réalités car il n'y a pas une personne âgée mais des personnes âgées.** On retrouve d'ailleurs plusieurs générations au sein de la catégorie des personnes âgées.

Cette hétérogénéité est observable également dans la diversité des rapports que les personnes âgées entretiennent avec leur alimentation. Par exemple, on observe une grande variabilité au niveau de l'appétit, de la socialisation ou du rapport avec le plaisir selon le lieu de domiciliation, par exemple. Par ailleurs, les habitudes alimentaires évoluent avec l'avancée en âge, en fonction des situations, des générations ou des relations intergénérationnelles et sont influencées par le métier, la culture, la religion, l'histoire familiale ou personnelle, ou encore les moyens financiers dont on a disposé au cours de la vie.

Dans le cadre d'une politique publique, ces disparités obligent à considérer la population âgée comme toute population adulte nécessitant des démarches tout aussi complexes de sensibilisation afin de s'extraire d'une approche trop souvent simplifiée des besoins et désirs de la population âgée. En effet, il faut arriver à cibler sans généraliser pour ne pas stigmatiser. Se pose alors l'enjeu d'**adopter une approche de l'avancée en âge davantage centrée sur l'individu** en se référant par exemple aux préférences et habitudes alimentaires et relationnelles des personnes forgées tout au long de la vie.

²⁶⁵ « La vie à domicile est majoritaire chez les personnes âgées (96 % des hommes et 93 % des femmes de 65 ans et plus en 2016), y compris parmi les nonagénaires. L'hébergement en établissement augmente rapidement à partir de 80 ans : 42 % des femmes et 27 % des hommes à 95 ans, contre 4 % à 80 ans pour les deux sexes » (INSEE, « Fiche 5.2 – Perte d'autonomie », Insee Références, édition 2022). « À 90 ans, encore 79 % des personnes résident à domicile » (INSEE, « Femmes et hommes, l'égalité en question », Insee Références, édition 2022).

²⁶⁶ Audition de Sonia Bouïma, 9 novembre 2023.

Par conséquent, l'**hétérogénéité de la population âgée** complique la mise en place d'actions de communication, certaines personnes pouvant ne pas se sentir concernées. Il est également important de mettre en place une pédagogie adaptée, **non stigmatisante**, qui corresponde à la diversité des publics. Une communication claire, simple, positive ciblée sur différents groupes, permettrait de mieux toucher les populations âgées.

b. La littératie en santé des personnes âgées très inégale

La littératie en santé correspond aux capacités et aux compétences que les personnes ont pour repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé. En France, la moitié de la population a un **niveau de littératie en santé**²⁶⁷ considéré comme inadéquat ou problématique²⁶⁸. Parmi les groupes les plus vulnérables, on retrouve les personnes âgées.

c. Une fracture numérique encore présente dans la population âgée

La **fracture numérique** est encore réelle après 70 ans même si elle s'estompe²⁶⁹. D'après l'Insee, les personnes les plus âgées sont les plus touchées par l'illectronisme²⁷⁰ : 62 % des 75 ans ou plus, contre seulement 2 % des 15-24 ans²⁷¹.

d. Une population largement concernée par le portage à domicile²⁷²

En France²⁷³, le portage de repas à domicile concerne 80 000 personnes et est proposé par de nombreuses collectivités ou associations dans le cadre de l'action sociale. De fait, 66% des communes de 5 000 à 20 000 habitants proposent un service de portage de repas aux personnes âgées les plus démunies et/ou dépendantes.²⁷⁴ Le portage de repas peut aussi être réalisé par les entreprises privées en vente directe auprès d'un marché de personnes âgées souvent plus aisées²⁷⁵.

Chez les personnes âgées, le portage de repas peut suivre un processus de mise en place progressive, en s'ajoutant ou en remplaçant une partie des aides mises en place auparavant. Dans ce cas, la mise en place de ce service est une étape dans la trajectoire de la perte d'autonomie de la personne, souvent bien entourée par ses proches. Toutefois, le service de portage peut suivre un processus d'installation plus brutal, souvent suite à une hospitalisation, par une assistante sociale, alors que la personne, souvent isolée d'un point de vue social, ne recevait aucune aide au préalable²⁷⁶.

Les personnes âgées qui bénéficient d'un portage de repas à domicile sont souvent des personnes fragiles d'un point de vue nutritionnel : une personne sur deux est à risque de dénutrition ou dénutrie²⁷⁷.

²⁶⁷ « La connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décision dans des contextes de soins, de prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de vie » - Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 12, 80 (2012).

²⁶⁸ 44% des répondants de l'étude HLS₁₉ 2019-2020 ont un niveau inadéquat ou problématique. Source : The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL, « International Report on the Methodology, Results, and Recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS19) of M-POHL » (Vienna: WHO Action Network M-POHL, décembre 2021), <https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/inline-files/HLS19%20International%20Report.pdf>.

²⁶⁹ Audition d'Emmanuel Hamel de Santé Publique France le 31 janvier 2023.

²⁷⁰ Définition du Larousse : nom masculin (de illettrisme et électronique), État d'une personne qui ne maîtrise pas les compétences nécessaires à l'utilisation et à la création des ressources numériques. (On distingue dans l'illectronisme les lacunes liées à l'utilisation des outils numériques (ordinateurs, téléphones intelligents, etc.) et celles liées à l'usage des contenus disponibles sur Internet [remplir un formulaire en ligne, acheter sur un site Web, etc.])

²⁷¹ « 15 % de la population est en situation d'illectronisme en 2021 - Insee Première - 1953 », consulté le 11 avril 2024, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7633654#titre-bloc-3>.

²⁷² Avis du CNA n°92 « L'Alimentation comme vecteur du bien vieillir », p.42

²⁷³ Fleury et al., « Relevance and Feasibility of a Personalized Dietary Intervention in Older People with Meals-On-Wheels: A Randomized Controlled Pilot Trial », Journal of Aging Research and Lifestyle, Novembre 2020.

²⁷⁴ Avis 92, p. 42

²⁷⁵ Ibidem, p.42

²⁷⁶ Fleury S., « Le portage de repas à domicile : enjeu et impact de ce service sur le statut nutritionnel de la personne âgée dépendante » (These de doctorat, Bourgogne Franche-Comté, 2021), <https://theses.fr/2021UBFC1007>.

²⁷⁷ Fleury S., « Le portage de repas à domicile : enjeu et impact de ce service sur le statut nutritionnel de la personne âgée dépendante » (These de doctorat, Bourgogne Franche-Comté, 2021), <https://theses.fr/2021UBFC1007> et Van Wymelbeke-Delannoy V, Maître I, Salle A, Lesourd B, Bailly

4. Conclusion et proposition

L'enjeu est donc de donner aux personnes âgées l'information nécessaire en prenant en compte leurs spécificités et leurs potentielles difficultés d'accès à l'information.

Les personnes âgées s'informent davantage que les générations plus jeunes, quand elles le font ce sont souvent via des médias dits « traditionnels »²⁷⁸. En 2012, 92% des personnes de plus de 65 ans ont regardé la télévision tous les jours ou presque²⁷⁹. Selon Médiamétrie, les plus de 50 ans représentent 45 % de l'audience TV, et ils y passent 5h23, contre 3h26 pour l'ensemble des français²⁸⁰. Par ailleurs, en 2023, 74% des individus de 50 ans et plus écoutaient la radio tous les jours²⁸¹. Plus précisément, les 55-59 ans sont 82 % à écouter la radio tous les jours, les plus de 60 ans sont 77 %²⁸². Pour autant, Internet n'est pas en reste puisqu'en 2023 les plus de 65 ans « sont plus de 8 sur 10 (81%) à se connecter chaque mois sur Internet, soit 5 fois plus qu'il y a 15 ans »²⁸³. Les **médias traditionnels** apparaissent comme étant de bons moyens pour communiquer et informer les personnes âgées mais ce ne sont pas les seuls : **les familles, aidant(e)s et intervenant(e)s professionnel(le)s sont également d'importants relais d'information**. Les bonnes pratiques de consommation peuvent également être transmises via des actions de prévention et de promotion de la santé relatives à la nutrition des personnes âgées qui sont une autre manière de toucher cette population.

N & Sulmont-Rossé C (2022). Prevalence of malnutrition risk among older French adults with culinary dependence. *Age and Ageing*. 51, afab208. 10.1093/ageing/afab208/6406696.

²⁷⁸ Notamment, la presse, la radio, la télévision.

²⁷⁹ Insee Références, édition 2016 - Fiches - Qualité de vie

²⁸⁰ Médiamétrie, Médiamat/DEPS, Ministère de la Culture, 2022

²⁸¹ Extreme Sensio, « Médiamétrie - L'Année Radio 2022-2023 », consulté le 5 juin 2024, <https://www.mediametrie.fr/fr/lannee-radio-2022-2023>

²⁸² Médiamétrie, enquête 126 000 Radios/DEPS, Ministère de la Culture, 2022

²⁸³ Médiamétrie, « L'Année Internet 2023 - Internet, un monde d'influences » Communiqué de Presse, 8 février 2024. URL : <https://www.mediametrie.fr/system/files/2024-02/2024%2002%2008%20CP%20M%C3%A9diam%C3%A9trie%20Ann%C3%A9e%20Internet%202023.pdf>

CONSEIL NATIONAL DE L'ALIMENTATION

78 rue de Varenne

75349 Paris 07 SP

cna@agriculture.gouv.fr

www.cna-alimentation.fr



**MINISTÈRE
DE LA TRANSITION
ÉCOLOGIQUE,
DE L'ÉNERGIE, DU CLIMAT,
ET DE LA PRÉVENTION
DES RISQUES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE,
DES FINANCES
ET DE L'INDUSTRIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT**

*Liberté
Égalité
Fraternité*