

Conseil national de l'alimentation

Avis n° 53

*Avis sur les besoins alimentaires des personnes âgées
et leurs contraintes spécifiques*

Ministère de l'agriculture et de la pêche
Ministère de la santé et des solidarités
Ministère de l'économie, des finances
et de l'industrie

Avis n°53 adopté à l'unanimité le 15 décembre 2005

CNIA

Sommaire

<i>Rappel du mandat</i>	4
1. <i>Contexte et constats</i>	4
1.1. <i>Quelques éléments de démographie</i>	4
1.2. <i>Vieillesse et alimentation</i>	4
1.3. <i>La prévention</i>	5
1.4. <i>La dénutrition</i>	5
1.5. <i>Les aides et l'encadrement de la personne âgée vivant à domicile</i>	6
1.6. <i>Les aides et l'encadrement de la personne âgée vivant en institution</i>	7
1.7. <i>L'offre alimentaire</i>	8
1.8. <i>Le rôle des pouvoirs publics</i>	9
2. <i>Voies d'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes âgées</i>	10
2.1. <i>Au plan général</i>	10
2.1.1. <i>Faire en sorte que l'alimentation reste un plaisir</i>	10
2.1.2. <i>Favoriser le développement d'une image positive du vieillissement</i>	11
2.1.3. <i>Développer la prévention et le dépistage</i>	11
2.1.4. <i>Favoriser la supplémentation en cas de constat de dénutrition</i>	11
2.1.5. <i>Modifier les règles d'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)</i>	12
2.2. <i>Concernant l'alimentation à domicile</i>	12
2.2.1. <i>Faciliter les achats alimentaires</i>	12
2.2.2. <i>Mieux encadrer le portage des repas à domicile</i>	12
2.2.3. <i>Développer et professionnaliser l'aide à domicile</i>	13
2.2.4. <i>Assurer la formation permanente de tous les acteurs</i>	13
2.3. <i>Concernant l'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	13
2.3.1. <i>Repenser la conception et la préparation des repas</i>	14
2.3.2. <i>Revoir l'organisation de la restauration</i>	14
2.3.3. <i>Engager une démarche concertée d'amélioration de la qualité des prestations</i>	15
2.4. <i>Éléments spécifiques concernant l'alimentation à l'hôpital</i>	16
2.5. <i>En matière de connaissances, information et formation</i>	16
2.5.1. <i>Développer les connaissances sur les besoins et les conditions de vie</i>	16
2.5.2. <i>Informar largement et spécifiquement</i>	17
2.5.3. <i>Mieux former le personnel en relation avec les personnes âgées</i>	17
3. <i>Avis du Conseil national de l'alimentation</i>	18
4. <i>Annexes</i>	22
4.1. <i>Liste des sigles</i>	22
4.2. <i>Composition du groupe de travail</i>	23

Rappel du mandat

Le Conseil national de l'alimentation a rendu dans le passé plusieurs avis se rapportant à la nutrition, qu'il s'agisse de la population en général ou de certains groupes particuliers (enfants, sujets en situation de précarité, etc.).

Lors de l'installation du CNA, le 25 septembre 2003, les ministres de tutelle l'ont saisi conjointement d'un travail sur les modalités concrètes de prise en considération des besoins alimentaires spécifiques des personnes âgées.

Le mandat adopté le 26 janvier 2004 visait donc, dans le prolongement des travaux antérieurs et en cohérence avec eux, à répondre aux préoccupations des ministres de tutelle. Il visait aussi à actualiser les recommandations énoncées dans l'avis n°34 du CNA sur l'exclusion sociale et l'alimentation, adopté le 22 janvier 2002, en accordant une attention particulière à celles qui pourraient concerner les personnes âgées.

Un groupe de travail devait déterminer des modalités concrètes d'action prenant en compte les besoins alimentaires des personnes âgées et leurs contraintes spécifiques. Il devait réfléchir aux dispositifs à mettre en œuvre pour permettre l'accès à la ressource alimentaire, quel que soit le lieu de vie, et pour lutter contre la dénutrition.

Le groupe de travail devait analyser, sur le plan alimentaire, l'ensemble des conséquences de l'allongement de la vie, particulièrement en ce qui concerne l'accès à l'alimentation et à l'information nutritionnelle. Il devait faire un état des lieux des consommations alimentaires des personnes âgées et s'informer de leur adéquation aux recommandations alimentaires pour cette catégorie de population.

Il devait apporter un éclairage particulier sur les modalités concrètes à mettre en œuvre pour les personnes âgées isolées.

1. Contexte et constats

1.1. Quelques éléments de démographie

Actuellement, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent un cinquième de la population française (21%, soit 12,2 millions de personnes). Près de 8% de la population française a plus de 75 ans. Sous l'effet conjoint de l'allongement de la vie et de la baisse de la natalité, on estime qu'en 2020 les personnes âgées de plus de 60 ans représenteront 27% de la population française, celles de 75 ans 9,5%.

Les personnes âgées vivent majoritairement à leur domicile : seulement 5% des personnes de plus de 60 ans et plus résident dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). D'après l'enquête réalisée en 2003 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, les 640 000 personnes accueillies en EHPA se répartissent de la façon suivante : 414 000 résident en maison de retraite, 148 000 en logements-foyers, 2 000 en résidences d'hébergement temporaire, et 76 000 sont accueillies dans des Unités de soins de longue durée (USLD).

1.2. Vieillesse et alimentation

Le vieillissement est la résultante d'une composante génétique propre à chaque individu et d'une composante acquise qui dépend du mode de vie (alimentation, activité physique, etc.). Beaucoup de paramètres caractérisent le sujet âgé, parmi lesquels il faut citer bien entendu l'âge, mais aussi l'état de santé physique et mentale, la fragilité, le handicap, la perte d'autonomie, les liens sociaux ou la solitude, le lieu de vie à domicile ou en institution, les revenus, la mobilité physique, les capacités de communication, l'activité, etc.

La multiplicité de ces paramètres explique qu'il soit difficile de définir un sujet âgé type, et l'âge n'est pas nécessairement le critère le plus pertinent, hormis peut-être chez le sujet très âgé. Il y a donc une grande variété de " sujets âgés ". Les gériatres et les gérontologues ont pris l'habitude de classer les personnes âgées en trois catégories : les personnes qui vieillissent en bonne santé, les sujets âgés fragiles et les sujets âgés malades, proches de leur fin de vie. Ces personnes ont des besoins et des comportements alimentaires très différents et il pourrait être dangereux de confondre les différentes situations en établissant des recommandations indifférenciées.

Il est aujourd'hui établi que les personnes âgées ont besoin d'une alimentation abondante, variée et de qualité, et, qu'à activité équivalente, leurs besoins énergétiques sont supérieurs à ceux des sujets plus jeunes. A titre d'exemple, pour couvrir les dépenses énergétiques liées à l'activité physique, à la thermogenèse et au métabolisme de base (au repos), les apports nutritionnels nécessaires sont désormais évalués à 36 kcal/kg/j, soit, pour un sujet de 60 kg, 2160 kcal par jour. Les Apports nutritionnels conseillés (ANC, 2001) sont cependant toujours fixés à 30 kcal/kg/j. Il y a là une source de difficulté lorsque sont élaborés des référentiels pour les personnes âgées.

Ces besoins énergétiques sont ceux qui permettent de conserver une bonne santé, une nécessaire activité, et une composition corporelle normale. Ils sont donc individuels. Ces besoins alimentaires comprennent bien entendu les besoins en eau qui sont de l'ordre de 1 à 1,5 litres par jour plus l'eau des aliments. Il est important de les respecter, car la déshydratation augmente les risques de décès.

1.3. La prévention

La majorité des personnes âgées sont en bonne santé et vivent à leur domicile. Il est donc important de mettre l'accent sur le rôle de la prévention, grâce à une alimentation adaptée et à l'exercice physique. L'objectif principal doit être, en effet, de permettre à tous de vieillir le plus longtemps possible en bonne santé. C'est l'objectif du guide élaboré dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS).

La nutrition est un des facteurs majeurs de préservation de l'état fonctionnel, et c'est par ailleurs un des moyens les plus facilement mobilisables pour atteindre l'objectif de maintien d'un état de santé satisfaisant.

Adoptées suffisamment tôt (dès 55 ans, voire plus tôt), des recommandations alimentaires simples permettent de prévenir ou de retarder la survenue de nombreuses pathologies et de maintenir un bon état de santé général. De ce point de vue, l'intérêt du travail réalisé par l'Afssa et la pertinence des actions entreprises dans le cadre du PNNS méritent d'être soulignés.

1.4. La dénutrition

La situation nutritionnelle de la population âgée française montre que le problème majeur est le risque de survenue d'un état de dénutrition ou malnutrition protéino-énergétique (MPE). Cette MPE est observée dans 2 à 4% de la population des 60-80 ans et chez plus de 10% des plus de 85 ans pour les sujets qui vivent à leur domicile. Elle est de 30% pour ceux qui entrent en établissement d'hébergement (EHPA et EHPAD) et qui sont le plus souvent atteints de multipathologies. Elle peut atteindre, et même dépasser, 50% à l'entrée à l'hôpital (en court séjour, en soin de suite, ou en unité de soin de longue durée).

En France, selon différentes études (Expertise collective INSERM, 1999 ; enquête EURONUT/SENECA, 1988-1994 ; enquête Val de Marne, 1988) les taux de prévalence sont estimés entre 1,6 et 7,4 % pour les personnes vivant au domicile et entre 16 et 60% pour les personnes vivant en institution. Au total, le nombre de personnes souffrant de dénutrition est estimé entre 350 000 et 500 000 pour les personnes vivant à domicile et au minimum entre 100 000 et 200 000 pour celles vivant en institution gériatrique.

La dénutrition, même débutante, peut comprendre une insuffisance d'apports en micronutriments ou en minéraux. Elle concerne un tiers des sujets vivants à domicile pour les vitamines du groupe B, facteur de risque des maladies cardio-vasculaires et de démence, et 50% pour les micronutriments anti-oxydants, facteur de risque d'aggravation de toutes les pathologies, et d'accélération du processus de vieillissement. La déficience en calcium est également fréquente avec pour conséquence l'augmentation du risque d'ostéoporose. Des données contradictoires concernent la vitamine D.

De multiples facteurs sont à l'origine de la dénutrition :

- Facteurs physiologiques liés au vieillissement : incapacité de réguler son appétit lors d'un stress alimentaire, anorexie post-prandiale plus longue, modifications métaboliques non compensées par une modification adaptée du comportement alimentaire, diminution des sécrétions salivaires, diminution du goût, de l'odorat, diminution de la sensation de soif, etc.
- Facteurs physiopathologiques liés aux maladies : augmentation des besoins nutritionnels en rapport avec les hypercatabolismes qu'elles provoquent, très souvent non compensées par une augmentation des apports, problèmes dentaires, modifications de l'appétit associées à la prise de médicaments. En résumé, les pathologies majorent la plupart des modifications physiologiques liées au vieillissement.
- Facteurs fonctionnels : restriction de l'activité physique, perte de mobilité liée à des pathologies diverses (douleurs, rhumatismes, handicaps) ou à des modifications de l'humeur (dépression) ou des capacités mentales (démences).
- Facteurs sociaux : statut socio-économique (ressources financières faibles et désengagement social), logement exigu, voire parfois insalubre, aides insuffisantes ou inadaptées, accessibilité difficile aux commerces, situation de famille (veuvage, éloignement des enfants) et surtout l'isolement. En effet, l'alimentation des plus de 70 ans vivant seuls se caractérise souvent par une monotonie des plats consommés, une baisse de la fréquence des repas, un abandon de certains groupes d'aliments comme les produits laitiers, la viande ou les fruits et légumes.
- Facteurs psychologiques : culturels, erreurs ou croyances alimentaires, anxiété, dépression, statut cognitif.

Les conséquences de cette dénutrition sont particulièrement graves et peuvent même se révéler dramatiques. Le docteur Monique Ferry et le Club francophone gériatrie et nutrition ont décrit la spirale infernale de la dénutrition du sujet âgé où l'on observe successivement en boucle les dégradations suivantes : amaigrissement, déficit immunitaire, infections urinaires et respiratoires, hypoalbuminémie, troubles psychiques, risques iatrogènes, escarres, chutes, fractures, état grabataire.

On comprend pourquoi la prévention de cette dénutrition est la principale préoccupation des autorités de santé en ce qui concerne l'alimentation des personnes âgées.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le Programme national nutrition santé ont pour objectif de réduire de 20% la dénutrition des populations gériatriques dans les 5 ans à venir.

Les connaissances épidémiologiques sur l'état de santé des personnes âgées restent cependant encore insuffisantes pour pouvoir identifier les profils types et les quantifier précisément.

1.5. Les aides et l'encadrement de la personne âgée vivant à domicile

Selon l'INPES (Programme "Personnes âgées"), environ un tiers des personnes de plus de 60 ans bénéficient d'une aide régulière en raison d'un problème de santé. Ce pourcentage de personnes aidées augmente avec l'âge et le degré de perte d'autonomie. Contrairement à l'idée reçue d'un désengagement de la famille aux âges les plus élevés, on constate que les personnes âgées fragiles ou

dépendantes bénéficient surtout de l'aide informelle (familiale ou amicale) et dans une moindre mesure de l'aide formelle (professionnelle). En ce qui concerne l'aide informelle, dans la moitié des cas l'intervenant est le conjoint (la femme dans les deux tiers des cas), et dans un tiers des cas l'un des enfants.

En ce qui concerne l'aide formelle, 70% des intervenants sont des aides à domicile (femmes de ménage et auxiliaires de vie sociale). Il existe en France un Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) qui comprend onze modules (connaissance des publics ; pathologies et processus invalidants ; ergonomie ; santé et hygiène ; entretien du linge et cadre de vie ; l'action sociale et ses acteurs ; animation et vie quotidienne ; exercice professionnel, responsabilité et déontologie ; mise en œuvre de l'intervention ; communication, liaison et relation d'aide ; alimentation et repas). Dans le domaine de l'alimentation, l'auxiliaire de vie sociale est formé à la réalisation des achats, à l'élaboration des menus et à la préparation de repas équilibrés. La formation porte également sur l'attention aux plaisirs et à la convivialité alimentaires, ainsi que sur la motivation des personnes âgées à boire et manger suffisamment.

Actuellement, seulement 20% des aides à domicile sont détenteurs du DEAVS, en partie sans doute, du fait du coût de la formation et de la création récente de ce diplôme. Par ailleurs, les aides à domicile peuvent être confrontées à des situations difficiles, voire pénibles, et ces professionnels souffrent souvent de manque de reconnaissance et d'isolement. Une formation qualifiante et un encadrement professionnalisé devraient permettre de mieux faire face à ces situations.

Pour l'aide à domicile trois formules sont possibles présentant chacune des avantages et des inconvénients :

- le prestataire (l'utilisateur fait appel à un service employeur qui assume l'entière responsabilité de l'intervention) ;
- le mandataire (l'utilisateur est juridiquement l'employeur de son personnel, mais mandate un service pour les actes administratifs) ;
- le gré à gré (l'utilisateur assume la totalité des responsabilités et des tâches d'employeur).

L'aide à domicile aux personnes âgées (prestataires et mandataires) est assurée par des structures (associations, mutuelles, services publics territoriaux) présentes sur l'ensemble du territoire et, pour la plupart, regroupées au sein de fédérations départementales et nationales.

Le gré à gré représente 70% de ces aides du fait du manque d'information sur les autres possibilités, mais aussi du fait de la volonté des familles ou des personnes âgées elles-mêmes.

Il faut ajouter, pour les personnes qui nécessitent des soins, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui assurent, le plus souvent, en complément de l'aide, les soins techniques, les soins de base et certaines tâches d'accompagnement relationnel.

1.6. Les aides et l'encadrement de la personne âgée vivant en institution

L'âge moyen d'entrée en établissement est de 85 ans. Cette entrée est souvent la conséquence de multipathologies plus ou moins lourdes. Elle résulte toujours d'une impossibilité du maintien à domicile. Elle est toujours plus dramatique si la période difficile à domicile a été prolongée.

La surveillance nutritionnelle ne s'établit pas toujours dès la première rencontre avec le médecin coordonnateur de l'établissement. La visite d'admission ne comprend pas systématiquement le contrôle du poids, de la taille ou le calcul de l'IMC, ni toujours un bilan sanguin, un questionnaire d'évaluation des habitudes alimentaires, ou l'établissement du MNA complet. La surveillance de l'état nutritionnel n'est pas toujours régulière, ne serait-ce par un suivi du poids.

Dans la vie quotidienne, des actions sont menées pour réduire le risque de dénutrition comme par exemple : surveiller l'hygiène bucco-dentaire, maintenir une activité physique suffisante, entretenir le plaisir de manger, favoriser la convivialité, aider à la prise alimentaire, etc. Leur mise en œuvre demeure trop ponctuelle. Ainsi, une étude menée auprès de 40 établissements en Poitou-Charentes a montré notamment que :

- dans la grande majorité des cas les établissements ne calculent pas le MNA ni l'IMC des résidents ;
- 85% des établissements n'ont pas de plan alimentaire correct ;
- 60% proposent trop de plats de faible densité nutritionnelle au déjeuner ;
- 40% ne proposent pas assez de légumes ou de fruits au déjeuner ;
- 60% ne proposent pas assez de poisson, et 30% pas assez de viande rouge ;
- les horaires des repas sont trop resserrés dans la journée, et la durée du jeûne entre le repas du soir et du lendemain matin est excessive et dépasse 12 heures.

Les difficultés couramment exprimées par les responsables d'établissements sont les suivantes :

- le manque de personnel. Au niveau national, le nombre d'agents par résident (ou d'équivalent temps plein par personne) est de l'ordre de 0,4. Ce ratio global varie fortement selon les régions, il est inférieur aux valeurs observées dans d'autres pays européens. Il est de 0,6 en Belgique, il varie de 0,8 à 1 en Allemagne, au Luxembourg, au Pays-Bas et en Autriche, et atteint 1 à 1,2 dans les pays scandinaves ;
- la formation parfois très insuffisante du personnel (57% des équipes n'ont jamais eu de formation en nutrition, et les menus des établissements qui font appel à un(e) diététicien(ne) sont incontestablement plus satisfaisants) ;
- les contraintes budgétaires ;
- le cloisonnement entre services (direction, soin, cuisine) ;
- le poids des habitudes ;
- l'implication inégale des médecins généralistes, dont la formation à la gériatrie et à la nutrition est souvent insuffisante ;
- la difficulté de trouver un médecin coordonnateur ;
- les modalités diverses d'accompagnement des tutelles (DDASS et Conseils généraux), qui peuvent générer des disparités entre les départements ;
- le malaise du personnel et le manque de reconnaissance du travail accompli.

1.7. L'offre alimentaire

Pour le sujet âgé valide, le commerce de proximité joue un rôle essentiel pour l'accès à la ressource alimentaire :

- En milieu urbain, il est souvent le seul mode d'approvisionnement et son offre est particulièrement bien adaptée (taille de la portion, plats cuisinés, possibilité de livraison, convivialité et lien social). Il tend cependant à désertifier les centres villes.
- En milieu rural, la disparition des tournées de camions - boutiques rend la situation encore plus dramatique. Cette disparition des commerces de proximité rend la personne âgée de plus en plus dépendante des autres pour son approvisionnement.

Les personnes âgées en situation de fragilité et vivant à domicile sont de plus en plus souvent livrées par portage à domicile, et les institutions concèdent souvent leur restauration. Aujourd'hui donc, le rôle des sociétés de restauration collective est devenu primordial. L'activité de ces sociétés est fortement encadrée et en particulier, elles doivent garantir la traçabilité des produits, assurer la mise en place de la méthode HACCP, respecter les règles d'hygiène, veiller à la formation des équipes... La présence d'un(e) diététicien(ne) garantissant également la qualité nutritionnelle des repas servis reste exceptionnelle dans la plupart des structures.

S'agissant de l'intervention des sociétés de restauration, le groupe de travail observe une grande hétérogénéité des cahiers des charges et le caractère insuffisamment précis de leurs clauses. Un cahier des charges plus précis permettrait la mise en œuvre du principe du " mieux disant ", conformément au nouveau code des marchés publics, en le substituant au principe du " moins disant ". La pleine efficacité de cette évolution nécessite la mise en place systématique d'un contrôle à réception (Cf. avis 48 du CNA sur la restauration scolaire).

Par ailleurs, des Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (ADDFMS), sont proposés sur le marché. Ils permettent de répondre à des besoins nutritionnels de personnes souffrant d'une pathologie particulière et/ou de dénutrition. Ils ne se substituent pas à l'alimentation orale traditionnelle mais la complètent. Ils doivent être utilisés sous contrôle médical.

Pour ces ADDFMS s'applique une réglementation spécifique (qui s'ajoute à la réglementation générale des denrées alimentaires) qui encadre la composition et les règles d'étiquetage. Ces aliments sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables pour certaines pathologies. La prise en charge nutritionnelle d'un patient dénutri par nutrition orale dépend entre autre de la pathologie. A titre d'exemple, les patients infectés par le VIH, souffrant de mucoviscidose, de myopathies ou de cancer sont pris en charge, alors qu'un patient âgé dénutri, poly pathologique et dépendant ne le sera pas, sauf s'il est atteint de pathologie neurodégénérative, alors que la prise en charge nutritionnelle de ces patients est nécessaire.

1.8. Le rôle des pouvoirs publics

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie fait du Conseil général de Département le chef de file en gérontologie et son champ d'action s'étend aussi bien aux personnes âgées vivant à domicile qu'en institution.

La compétence des Conseils généraux est de mettre en place des dispositifs adoptés au niveau national pour les personnes dépendantes ou à risque de dépendance à domicile (évaluation de la perte d'autonomie et gestion du dispositif de l'allocation personnalisée d'autonomie) ou en institution (autorisation d'ouverture ou de fermeture des établissements habilités à l'aide sociale, contrôle des budgets). Les Conseils généraux réalisent le contrôle des associations intervenant à domicile, et mettent en place avec la DDASS, les Comités locaux d'information et de coordination gérontologique.

Pour les personnes vivant à domicile, le Conseil général attribue l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), calculée au moyen de la grille AGGIR. A ce titre, il est le principal financeur des aides à domicile. Il paye le service de portage à domicile, le repas restant à la charge du client. A ce titre, le Conseil général est en capacité d'exiger une certaine qualité du portage (surveillance nutritionnelle au domicile, lien social avec la personne), et il est en droit d'exercer un contrôle.

Pour les EHPAD, le Conseil général joue également un rôle central. En effet, il signe conjointement avec l'établissement et la DDASS la convention tripartite, fixant l'enveloppe globale des trois parties du financement. Il gère et contrôle les établissements et peut donc surveiller les pratiques alimentaires. Il est le seul par exemple à pouvoir contrôler le respect des temps de repas recommandés par le référentiel ANGELIQUE. Il peut contrôler la qualité du service rendu et donc contribuer à la

mise en place d'une réelle prévention nutritionnelle.

Les DDSV ont en charge les contrôles sanitaires réglementés des cuisines des établissements d'hébergement et des cuisines centrales assurant la fabrication des repas portés. Leur intervention se limite à la qualité sanitaire mais aucun contrôle n'est effectué sur la qualité nutritionnelle des produits. Les exigences en matière d'hygiène vont parfois à l'encontre des objectifs des projets de vie des établissements d'hébergement qui souhaitent faire participer les résidents aux activités de la restauration, afin de stimuler leur intérêt et de favoriser le maintien de leurs capacités. Il semble utile de trouver le meilleur compromis entre sécurité sanitaire et qualité de vie dans les institutions. Le groupe de travail insiste notamment pour que les ateliers cuisine puissent être maintenus.

2. Voies d'amélioration de l'alimentation et du statut nutritionnel des personnes âgées

2.1. Au plan général

Le groupe de travail constate que le problème majeur concernant l'alimentation des personnes âgées est le risque de survenue d'un état de dénutrition. Il peut s'agir de carences en micronutriments (vitamines et oligoéléments) ou dans les formes plus sévères, de malnutrition protéino-énergétique (MPE). Le groupe de travail insiste sur le fait que les coûts de renutrition, de traitement et de prise en charge des complications, notamment infectieuses, liées à une mauvaise alimentation sont considérablement plus élevés que la plupart des coûts de prévention.

La prévention de la dénutrition suppose une meilleure connaissance de l'évolution des besoins nutritionnels avec l'âge, et surtout une meilleure information des personnes âgées elles-mêmes et de l'ensemble des acteurs avec lesquelles elles sont en contact (entourage familial, médecins, aides à domicile, personnel des établissements d'accueil). Elle nécessite ensuite que les conditions matérielles d'accès à une offre alimentaire adaptée soient réunies, qu'il s'agisse de la disponibilité des produits et des repas, ou de la possibilité pour les personnes âgées d'y accéder (isolement, manque d'information, accessibilité, revenu insuffisant, etc.).

Le groupe de travail insiste sur le fait que la plupart des actions de prévention proposées devraient avant tout mettre l'accent sur le plaisir alimentaire (un des rares qui persiste si l'alimentation est goûteuse), éviter autant que possible la médicalisation, et prêter la plus grande attention aux mesures simples applicables dans l'environnement quotidien des personnes âgées.

2.1.1. Faire en sorte que l'alimentation reste un plaisir

Favoriser les plaisirs de la table (alimentation de bonne qualité gustative, goût tenant compte du passé culinaire, texture adaptée, présentation) devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées. Il importe également d'encourager la socialisation à travers le partage (convivialité, locaux, repas à thème, de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, produits du terroir, etc.), et la transmission des savoirs et des traditions alimentaires.

L'alimentation doit respecter les choix de vie et les habitudes alimentaires de chacun, en veillant cependant à ce que les apports soient suffisants.

Il faut également s'efforcer de maintenir le lien social à travers le partage alimentaire (en particulier en favorisant la prise des repas à la salle à manger dans les établissements d'hébergement, en favorisant la participation à des repas multigénérationnels pour les personnes âgées vivant à domicile, par le développement de lieux de convivialité de quartier où les personnes âgées peuvent venir se restaurer).

Les conséquences néfastes des restrictions alimentaires sur les sujets âgés devraient conduire à limiter les régimes restrictifs (ou au moins à mettre en garde contre leur application trop rigoureuse), à lutter contre les régimes auto prescrits et plus généralement contre la restriction alimentaire volontaire.

De façon plus générale, il ne faut diaboliser aucun aliment mais en revanche insister en permanence sur les bienfaits de la diversité alimentaire.

Enfin, il est souhaitable d'éviter la médicalisation de l'alimentation (ne serait-ce qu'en évitant le port de la blouse blanche pour le service en institution), et de mieux gérer les interactions des prises alimentaires et médicamenteuses en favorisant par exemple la prise des médicaments après les repas.

2.1.2. Favoriser le développement d'une image positive du vieillissement

Le vieillissement ne doit être ni stigmatisé, ni dénié. Il faut au contraire promouvoir une image positive de la vieillesse. Le groupe de travail souhaite que la Haute Autorité de lutte contre la discrimination soit particulièrement attentive aux discriminations liées à l'âge.

Dans le domaine de la consommation, l'attention des autorités compétentes doit être appelée sur les excès de la communication commerciale, qui ne devrait pas générer d'angoisse ou de frustration.

Dans le cas de l'alimentation, il importe d'éviter la pathologisation du vieillissement en interdisant pour les produits alimentaires toute référence à l'âge, et en veillant à ce que les allégations fassent mention de l'apport et non pas du déficit.

2.1.3. Développer la prévention et le dépistage

Comme pour l'ensemble de la population, des recommandations pour une activité physique adaptée doivent être associées aux conseils nutritionnels.

La mise en place de la prévention et du dépistage spécifiques aux sujets âgés devrait inclure des mesures permettant de mieux repérer, identifier et prendre en charge les personnes en situation difficile (solitude et faibles ressources).

Il faut insister sur la nécessité d'un suivi régulier du poids corporel et du calcul de l'IMC.

L'état bucco-dentaire devrait faire l'objet d'un meilleur suivi. Le groupe estime que certaines opérations pilotes à domicile et dans les établissements d'hébergement pourraient être encouragées.

Il est nécessaire de rappeler l'importance d'une bonne hydratation et utile de mieux prévenir et soigner l'incontinence qui induit la restriction de la consommation d'eau et accroît les risques de déshydratation.

L'état nutritionnel du sujet âgé devrait être évalué annuellement (questionnaire MNA au minimum). Le groupe de travail souligne l'importance du rôle du médecin traitant et du médecin coordonnateur dans l'établissement du diagnostic de dénutrition, et dans le déclenchement d'une prise en charge adaptée.

Pour les personnes âgées vivant à domicile, une visite médicale incluant le bilan nutritionnel (évaluation des traitements médicaux en cours, évaluation des besoins en prothèse dentaires, etc.) devrait être réalisée au moins une fois par an.

En institution, la surveillance de l'état nutritionnel devrait être régulière, au minimum par la prise de poids mensuel. Quand une perturbation de l'état nutritionnel est avérée un plan de renutrition devrait être établi. Ce plan devrait comporter une surveillance systématique de la consommation alimentaire, ce qui suppose que les établissements en aient les moyens, notamment en temps de diététicien(ne).

2.1.4. Favoriser la supplémentation en cas de constat de dénutrition

En cas de constat de dénutrition, il est nécessaire de compléter l'alimentation en vitamines, calcium, et protéines. Ces apports devraient être réalisés le plus possible par une alimentation diversifiée plutôt qu'en utilisant des compléments nutritionnels.

Si l'alimentation traditionnelle n'est plus suffisante ou adaptée, la complémentation orale devrait être prescrite par le médecin coordonnateur en institution et par le médecin traitant pour les personnes âgées vivant à leur domicile.

Le groupe de travail estime que si l'alimentation traditionnelle adaptée ne suffit pas, la prise en charge par la sécurité sociale de ces compléments nutritionnels aux conditions définies par l'Afssaps serait une évolution favorable.

2.1.5. Modifier les règles d'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA)

Le mode de calcul et la grille d'attribution de l'APA devrait être révisés pour mieux tenir compte des besoins des personnes âgées en matière d'alimentation : aide à faire les courses, aide à la préparation des repas, aide à la prise alimentaire. L'aide ne devrait pas seulement prendre en compte les aspects fonctionnels de l'alimentation, mais aussi viser à stimuler le désir de se nourrir et le plaisir alimentaire. L'évaluation des besoins devrait inclure les besoins en temps d'aide et le montant de l'allocation être revu en conséquence.

Le personnel chargé de l'évaluation devrait recevoir une formation spécifique sur l'alimentation des personnes âgées fragiles.

L'APA devrait être revalorisée tous les ans pour tenir compte de l'évolution des prix et des coûts des services. Une grille spécifique prenant en compte les consommations des personnes âgées fragiles devrait être instaurée et servir de base de référence.

2.2. Concernant l'alimentation à domicile

2.2.1. Faciliter les achats alimentaires

Le commerce de proximité est souvent la seule source d'approvisionnement des personnes âgées vivant seules, en particulier dans les petits villages et dans les centres des villes. Les collectivités territoriales devraient donc être encouragées à favoriser son maintien en particulier grâce à des politiques d'aide à l'installation de jeunes commerçants (aides à l'installation, remise en état des locaux, etc.). Sur le même principe, les commerces ambulants pourraient faire l'objet de contributions financières publiques pour assurer leur maintien dans les lieux où les commerces ont disparus.

Pour faciliter l'information et éviter la confusion dans le choix des produits, l'étiquetage des aliments devrait être plus lisible (taille des caractères, contraste des couleurs, etc.).

Il faudrait également développer des conditionnements de taille adaptée à la portion individuelle dans toutes les gammes de produits, faciliter la vente à l'unité, et adapter les systèmes d'ouverture des conditionnements pour les personnes ayant des difficultés physiques ou cognitives.

Enfin, pour faciliter les livraisons à domicile des personnes cumulant de faibles revenus et une incapacité à porter des charges, il faudrait par exemple supprimer des seuils minimaux ouvrant droit à la livraison, et permettre la prise en charge du coût des livraisons par l'aide sociale.

2.2.2. Mieux encadrer le portage des repas à domicile

Le portage des repas est réalisé par des organismes disposant de l'agrément sanitaire qui devraient systématiquement respecter les besoins nutritionnels des personnes âgées. Ces besoins sont établis sur la base des Apports nutritionnels conseillés (ANC), qui assurent la couverture des besoins de 95% des personnes ciblées, et non sur les Apports journaliers recommandés (AJR). Pour une meilleure prise en considération des besoins spécifiques des personnes âgées, chaque menu proposé devrait avoir fait l'objet d'une validation par un(e) diététicien(ne), et une possibilité de choix devrait être ménagée.

La livraison devrait s'accompagner d'un contact avec la personne servie et d'une vérification de la

consommation de la livraison précédente, ce qui implique une observation des lieux de stockage incluant le contenu du réfrigérateur et du congélateur. Il devrait y avoir aussi une vérification de la qualité de la conservation des rations servies. Le groupe de travail estime que le porteur des repas devrait être en mesure de s'assurer des conditions de conservation et de consommation des produits livrés avec l'accord et le concours de la personne bénéficiaire.

Le contrat de prestation devrait clairement préciser si elle correspond au seul repas de midi ou aux deux repas de la journée.

Le personnel effectuant ces prestations devrait recevoir une formation spécifique sur le vieillissement et ses conséquences, ainsi que sur le comportement à adopter lors des relations avec les personnes âgées. Il devrait pouvoir donner des conseils d'utilisation adaptés aux équipements de la maison et aux capacités de la personne servie.

Les Conseils généraux devraient pouvoir vérifier la qualité de ces services (définis par un cahier des charges précis) et intervenir en tant que de besoin.

2.2.3. Développer et professionnaliser l'aide à domicile

Le groupe de travail suggère que la réforme en cours du Chèque Universel prenne bien en compte les objectifs qui avaient inspiré la mise en place des Chèques Domicile Liberté, en particulier la lutte contre l'isolement des personnes âgées.

Il estime que les Conseils généraux devraient se donner les moyens de contrôler la qualité du service rendu par les personnels mis à la disposition des personnes âgées par les services prestataires et mandataires, ou dans le cadre des aides de gré à gré. Il conseille de rendre effective la formation des personnes qui interviennent dans le cadre d'accords de gré à gré, compte tenu de la souplesse de cette modalité d'aide et des liens de connaissance existant souvent entre la personne qui fournit l'aide et la personne aidée.

Le métier d'auxiliaire de vie sociale devrait être mieux valorisé. Il faudrait conforter les missions des auxiliaires de vie sociale dans le domaine de la réalisation des courses, de la préparation des repas, de la présence lors de la prise alimentaire (en motivant la personne à boire et à manger), et de la vigilance (hygiène et dénutrition). Enfin, il faudrait encourager la professionnalisation, en favorisant l'acquisition de formations qualifiantes comme le Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, et développer la formation continue.

2.2.4. Assurer la formation permanente de tous les acteurs

Les médecins généralistes et le personnel intervenant au domicile devraient avoir reçu une formation sur les personnes âgées et sur les problèmes nutritionnels majeurs en gériatrie. Cette formation, obligatoire, même pour les médecins, devrait être adaptée au rôle de chacun.

Il serait utile que cette formation soit aussi donnée aux médecins spécialistes qui reçoivent beaucoup de personnes âgées et qui sont prescripteurs de régimes restrictifs.

Les organismes de prestation à domicile devraient présenter un plan de qualification de leur personnel (au moins 15% des effectifs chaque année). Leur agrément devrait être dépendant du respect de cette règle, et peut-être aussi de la présence d'un référent formé en nutrition des personnes âgées dans la structure.

Une formation spécifique pour les familles doit être disponible dans chaque bassin de santé (mise en place en 2005). Les CLIC pourraient être chargés d'organiser les sessions de formation.

2.3. Concernant l'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Il importe de rappeler régulièrement à tous les acteurs que l'alimentation est une importante sour-

ce de plaisir pour les personnes âgées et, qu'en conséquence, l'alimentation doit être une priorité dans tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

2.3.1. Repenser la conception et la préparation des repas

Le coût des denrées nécessaires à la fabrication des repas dépend de différents critères, en particulier : le choix et la qualité des matières premières utilisées (par exemple haricots extra-fins), la variété des menus, le nombre de composantes des repas (4 ou 5 composantes), les ingrédients intégrés ou rajoutés dans les recettes de cuisine (crème, beurre, lait, œufs, etc.), les quantités servies par personne. La qualité, l'adaptation et le goût des repas servis aux personnes âgées peuvent donc varier de façon importante selon les critères qui sont privilégiés. Mais quels que soient les critères retenus, le groupe considère que des budgets denrées trop faibles (observés aux environs de 2,5 euros par jour dans certains cas) ne permettent pas d'assurer des repas ayant une qualité minimale. Le groupe de travail estime que le budget consacré à l'achat des denrées ne devrait pas être inférieur à 3,5 euros HT (aux prix de 2005).

Tous les établissements sont donc invités à porter une attention particulière à ce budget qui conditionne le plaisir du repas et qui doit permettre également de couvrir les besoins nutritionnels des personnes âgées en permettant l'accès à une grande variété de produits alimentaires.

Ce coût doit couvrir des grammages basés sur les ANC (Apports nutritionnels conseillés) et non pas sur les BMR (Base metabolic rate, taux métabolique de base), qui ne tiennent pas compte des besoins énergétiques totaux, ni sur les AJR (Apports journaliers recommandés). Il faut en effet pouvoir couvrir les besoins majorés des personnes âgées institutionnalisées, donc malades. Le groupe de travail propose d'augmenter le grammage minimum préconisé par le GP/EM/DA en tenant compte des ANC et non des AJR.

Le développement des cuisines centrales et de la " liaison froide " est une tendance majeure de la restauration collective, qui permet à la fois une meilleure sécurité sanitaire, et une baisse des coûts liée à une meilleure utilisation des matières premières et à des volumes d'achat tels que les prix sont négociés à des niveaux plus bas. Toutefois, des problèmes organoleptiques peuvent apparaître lors de la remise en température. Dans le choix d'une méthode de préparation, il importe de privilégier la qualité organoleptique finale du repas et l'adaptation aux besoins individuels des résidents.

La surveillance des régimes alimentaires devrait être de la responsabilité de médecins formés à la gériatrie, et donc des médecins coordonnateurs dans les EHPAD et des Praticiens hospitaliers dans les hôpitaux. Hors pathologie particulière majeure, les régimes restrictifs ne sont pas souhaitables.

Les dossiers de soin individuels devraient rassembler les informations pertinentes pour le suivi de l'alimentation (courbe de poids, IMC, MNA, fiche de goûts et aversions alimentaires, état bucco-dentaire, etc.).

Chaque établissement devrait disposer d'un temps de diététicien(ne), formé(e) à la nutrition des personnes âgées, au moins égal à une demi-journée par semaine. Ce temps ne devrait pas dépendre du budget hébergement de l'établissement, mais devrait être payé par le budget soin.

Les cuisiniers de ces établissements devraient avoir une formation de base du niveau du CAP de cuisinier au minimum et une formation aux problèmes spécifiques de l'alimentation des personnes âgées. Cette formation devrait concerner l'équilibre des menus, l'alimentation à texture modifiée et l'alimentation enrichie.

2.3.2. Revoir l'organisation de la restauration

Le temps consacré au repas doit être suffisant pour permettre aux personnes mangeant lentement de pouvoir se nourrir. En aucun cas il ne devrait être inférieur à 30 minutes au petit déjeuner, à 45

minutes au repas du soir et à 1 heure au repas de midi.

Le personnel devrait être en nombre suffisant pour que chaque personne qui a besoin d'aide pour manger puisse la recevoir, tout en mangeant à son rythme. Cette aide devrait être dispensée, de façon individuelle, y compris pour les personnes qui mangent dans leur chambre.

Les modalités d'accueil des familles à l'occasion des repas devraient être prévues et explicitées dans le livret d'accueil de l'établissement.

Une possibilité de choix devrait être systématiquement proposée par le personnel qui devrait être attentif aux souhaits des résidents, voire les stimuler. Il faudrait cependant veiller à ce que la possibilité de choix ne conduise pas au choix systématique des mêmes aliments et à une alimentation insuffisamment variée, ou à des gaspillages.

Un goûter devrait être systématiquement proposé. L'institution devrait permettre la prise de collations nocturnes.

Dans la mesure du possible, les médicaments ne devraient être distribués qu'à la fin ou après les repas et collations.

2.3.3. Engager une démarche concertée d'amélioration de la qualité des prestations

La signature des conventions tripartites devrait intégrer systématiquement un plan de prévention de la dénutrition. Les autorités devraient être particulièrement vigilantes, année après année, sur l'application de ce plan. Le renouvellement des conventions ne devrait pouvoir se faire que si au moins 2/3 de ce plan a été accompli. Ce plan serait sous la responsabilité du médecin coordonnateur.

La nécessité du suivi régulier de la courbe de poids des personnes âgées, suppose qu'un matériel de pesée adéquate (fauteuil bascule, plate-forme, voire lève-malade) soit disponible dans tous les établissements. Une dotation particulière devrait permettre à ces établissements d'acquiescer cet équipement. Les résidents devraient être pesés à un rythme mensuel.

Pour que le prix des repas payé par chaque résident ne soit pas trop important, il pourrait être suggéré que l'amortissement des établissements ne soit plus à la charge des résidents mais imputé sur le budget soin ou dépendance, et non sur le budget hébergement (dotation nationale ou régionale). Il pourrait, alternativement, être proposé que l'amortissement puisse se faire sur une période plus longue.

Le personnel de ces établissements concerné par l'alimentation devrait recevoir une formation spécifique sur l'alimentation et sur les risques nutritionnels des personnes âgées. Cette formation devrait concerner au moins 20% du personnel chaque année.

Les compléments nutritionnels oraux devraient être intégrés dans le budget alimentaire des établissements, s'ils n'ont pas été pris en compte par ailleurs.

Un ratio de personnel moyen de 0,8 agent par résident constitue l'objectif à atteindre. Un effort important devrait donc être entrepris dès maintenant pour aller dans ce sens, puisque rappelons-le, le ratio moyen est aujourd'hui de l'ordre de 0,4.

Que la restauration en institution soit en gestion directe ou concédée à un prestataire extérieur, il faudrait encourager les établissements à établir un cahier des charges aussi précis et complet que possible ; une personne compétente devrait être désignée pour vérifier son respect.

Si le prix du repas est un élément important de la négociation du contrat, le cahier des charges devrait également prendre en compte les éléments suivants :

- le mode de préparation des repas sur place ou livrés à partir d'une cuisine centrale (privée ou publique) ;

- le rattachement au prestataire du personnel de préparation et de distribution (notamment dans le cas du portage à domicile) selon les besoins du client ;
- le service des repas, de préférence à table plutôt qu'en plateau dans les chambres ;
- les horaires des repas, en tenant compte des amplitudes alimentaires pour la santé des personnes âgées ;
- la manière d'établir les menus ; par avance par le service diététique de la société de restauration, ou en établissant un plan alimentaire de cinq à huit semaines soumis à la commission de restauration définie par le client (résidents, infirmiers, aides soignantes, membre de la direction, médecin coordonnateur) ;
- la gestion des repas mixés et des régimes ;
- la qualité nutritionnelle et le respect des grammages recommandés par le GPEM/DA, etc.

Enfin, le référentiel ANGELIQUE (utilisé pour évaluer la qualité des EHPAD), devrait évoluer dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'alimentation.

2.4. *Eléments spécifiques concernant l'alimentation à l'hôpital*

De façon générale, toutes les voies d'amélioration suggérées par le groupe de travail pour l'organisation des repas dans les établissements d'hébergement (Cf. 2.3.2) s'appliquent bien évidemment aux personnes âgées accueillies dans les hôpitaux. Il faut cependant y ajouter des éléments spécifiques au contexte hospitalier.

A l'hôpital, un menu spécifique pour les personnes âgées avec choix, basé sur les Apports nutritionnels conseillés, devrait être systématiquement proposé, y compris hors des services gériatriques.

Le personnel de ces établissements devrait avoir une formation adaptée sur l'alimentation et sur les risques nutritionnels des personnes âgées. Comme dans les EHPAD, au moins 20% du personnel devrait être formé chaque année.

La qualification des services (accréditation) devrait être liée à la mise en place d'un dépistage de la MPE par la pesée et le calcul de l'IMC à l'entrée, et à la mise en place de mesures adaptées à chaque patient âgé dénutri ou à risque de dénutrition.

Le retour au domicile devrait être facilité par l'attribution d'une aide au moins transitoire. Le dispositif d'aide au retour à domicile après une hospitalisation, ARDH, mis en place par la CNAV, constitue un pas dans la bonne direction. Le médecin généraliste du patient devrait recevoir un résumé de l'hospitalisation, comprenant une synthèse nutritionnelle dans les jours suivant la sortie.

2.5. *En matière de connaissances, information et formation*

2.5.1. *Développer les connaissances sur les besoins et les conditions de vie*

Les mécanismes qui conduisent à la dénutrition sont encore mal connus, qu'il s'agisse de la régulation de l'appétit, des modifications de la composition corporelle et du métabolisme, de la réponse à la renutrition, ou du rôle de l'exercice physique, pour ne citer que quelques questions essentielles. Le groupe considère donc qu'il est important d'encourager la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la dénutrition de la personne âgée. Pour cela des crédits de recherche ciblés devraient être attribués chaque année.

Il faut de même favoriser les études sur les besoins nutritionnels (énergie, protéines, vitamines, minéraux et oligoéléments) des sujets âgés de plus de 80 ans, et en particulier des populations définies comme fragiles ou en perte d'autonomie. Les enquêtes alimentaires devraient s'efforcer d'inclure un nombre suffisant de personnes âgées, pour assurer leur représentativité au niveau régional et per-

mettre l'observation des différentes conditions de vie au domicile.

Les enquêtes alimentaires et les enquêtes sur les conditions de vie matérielles et sociales (enquêtes budgétaires, emploi du temps, sociabilité, etc.) devraient mieux prendre en compte les personnes âgées et développer des méthodologies de recueil adaptées.

Compte tenu de l'importance de ce critère, le groupe de travail regrette que les enquêtes existantes, et en particulier le recensement, ne permettent pas bien d'apprécier l'isolement des personnes âgées. Il estime souhaitable que le recensement général de la population identifie mieux l'isolement. Le groupe de travail suggère également d'étudier la possibilité de croiser les fichiers départementaux des bénéficiaires de l'APA et les registres communaux des personnes âgées de façon à faciliter l'identification des personnes isolées.

L'importance des contraintes découlant des conditions d'accès aux denrées alimentaires milite en faveur de la réalisation d'un inventaire géographique du sous-équipement commercial. Ce travail devrait actualiser et élargir l'inventaire des " zones défavorisées " réalisé par la DGCCRF en 1994, et évaluer les conséquences du sous-équipement commercial sur les consommations (Cf. avis n° 34 du CNA sur " l'exclusion sociale et l'alimentation ", point 5.3).

Enfin, le groupe de travail insiste sur la nécessité de mettre en place des procédures de mise à jour des connaissances de l'ensemble des acteurs concernés, par exemple en actualisant de façon permanente le site Internet du ministère en charge des personnes âgées.

2.5.2. Informer largement et spécifiquement

L'étude des représentations et des connaissances nutritionnelles des personnes âgées et de leur entourage constitue le point de départ de la lutte contre la restriction alimentaire volontaire. Le groupe de travail pense également qu'il faut remettre en cause les croyances nutritionnelles infondées au nom desquelles les personnes âgées s'imposent des contraintes inutiles (achat d'eau minérale plutôt que consommation de l'eau du robinet, achat d'aliments participants à la réduction du cholestérol par des sujets indemnes de ce risque, etc.).

Les actions de prévention de la dénutrition devraient être ciblées, en particulier en direction des familles. Pour cela un plan de financement devrait être établi.

Une large diffusion du Guide PNNS (en préparation) sur les besoins alimentaires des personnes âgées doit permettre d'informer le grand public sur leurs besoins spécifiques. L'INPES qui est chargé de l'édition et de la diffusion de ce guide pourrait examiner avec la CNAV et les autres caisses de retraites, le Club francophone gériatrie et nutrition, et la SFGG, des modalités spécifiques de diffusion. Le groupe de travail pense que le guide pourrait être diffusé dans les commerces alimentaires de proximité.

L'ensemble de la population devrait être alertée sur les effets néfastes des régimes restrictifs chez les personnes âgées, surtout quand elles sont fragiles. La réalisation d'une émission nationale et régionale régulière par voie de média (radio et télévision) sur l'alimentation des personnes âgées pourrait permettre de mieux diffuser ces recommandations.

Enfin, le groupe de travail suggère d'améliorer le repérage des différentes structures d'aide aux personnes âgées, et de faciliter un accès centralisé aux différents interlocuteurs (par exemple en développant des liens à partir de la page sur l'aide aux personnes âgées du site du ministère en charge de la santé et des personnes âgées).

2.5.3. Mieux former le personnel en relation avec les personnes âgées

Le groupe de travail considère que tous les personnels au contact quotidien des personnes âgées, dans les institutions ou en dehors, devraient recevoir une formation leur permettant de mieux com-

prendre leurs besoins alimentaires spécifiques. Associée à des actions générales d'éducation pour la santé, cette formation devrait mettre l'accent sur :

- les risques et les conséquences de la dénutrition, ainsi que sur les signes annonciateurs de la dénutrition ;
- la nécessité d'une surveillance systématique de l'état nutritionnel (poids, MNA, ingestats, etc.) ;
- les effets du vieillissement sur la régulation de l'appétit, sur les modifications physiologiques et physiopathologiques et sur les besoins spécifiques ;
- les modifications liées au vieillissement sur les besoins alimentaires des sujets sains, fragiles et malades ;
- l'augmentation des seuils de perception du goût et de l'odorat, mais la persistance de l'importance du plaisir alimentaire et de l'attractivité des repas ;
- les risques entraînés par les restrictions alimentaires volontaires ;
- la nécessité ne diaboliser aucun aliment, de refuser les régimes contraignants, et de favoriser la recherche du plaisir alimentaire ;
- les besoins au cours des repas et la qualité du service à table et en chambre ;
- la nécessité de préserver l'autonomie maximum ;
- l'importance du rythme des repas au cours de la journée : nombre (4 repas par jour) et horaires respectant un espacement minimum entre les prises alimentaires, et un jeûne nocturne de moins de 12 heures ;
- la nécessité de consacrer un temps suffisant à chaque repas ;
- l'intérêt des structures de concertation entre des acteurs (équipes de soin et de restauration, commission des menus par exemple) ;
- la nécessité d'adapter l'alimentation des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ;
- les outils d'approche relationnelle (écoute, empathie, encouragement, etc.) permettant de s'assurer du suivi des recommandations dans le respect des choix individuels.

3. *Avis du Conseil national de l'alimentation*

A la lumière des constats et de l'analyse qui précèdent, le Conseil national de l'alimentation formule les 30 recommandations suivantes :

De façon générale

1 - Le vieillissement n'est pas une pathologie mais il fait naître des besoins et des risques spécifiques. C'est pourquoi le CNA encourage les actions de prévention par l'alimentation en direction des seniors bien portants. Il approuve l'initiative de leur consacrer un guide, dans le cadre du PNNS, et propose, outre les réseaux de diffusion des guides précédents, que celui-ci soit aussi disponible dans les commerces alimentaires de proximité.

2 - Le CNA déplore l'apparition de représentations négatives de la vieillesse. Elles ne sont pas acceptables par principe mais également à cause des comportements individuels qu'une stigmatisation du vieillissement fait naître. Il préconise que la Haute autorité de lutte contre les discriminations soit particulièrement attentive aux discriminations liées à l'âge, et, au sujet de l'alimentation, que le signalement de déficiences dues à l'âge dans les publicités ou allégations portées directement sur les produits alimentaires soit strictement interdit. Le CNA estime qu'il est de l'intérêt général de dévelop-

per une image positive du vieillissement qui permettrait notamment d'éviter le déni de vieillissement chez les jeunes seniors.

3 - L'alimentation est un plaisir important pour les personnes âgées pour peu que les aliments soient de bonne qualité gustative, d'un goût tenant compte du passé culinaire, d'une texture adaptée, d'une présentation soignée. Le CNA considère que la préservation du plaisir alimentaire devrait constituer une préoccupation permanente de tous ceux qui sont concernés par l'alimentation des personnes âgées.

Compte tenu de l'importance de l'acte alimentaire pour le maintien du lien social et de l'autonomie, le CNA encourage les familles et les établissements hébergeant des personnes âgées à faire preuve d'initiative en organisant par exemple aussi souvent que possible des repas à thème, des repas de fêtes, du dimanche, d'anniversaire, de quartier, des dégustation de produits du terroir.

Sur la prévention de la dénutrition du sujet âgé autonome

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

5 - Le CNA considère que la formation permanente de tous les acteurs aux problèmes nutritionnels en gériatrie est indispensable, y compris du personnel employé de gré à gré, des médecins généralistes et des spécialistes qui reçoivent beaucoup de personnes âgées et prescrivent parfois des régimes restrictifs. Concernant le contenu de la formation, le CNA préconise que les professionnels se reportent aux éléments détaillés dans le rapport préliminaire attaché au présent avis.

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

Dans le même esprit, le CNA considère que d'autres facteurs propices à la survenue d'un état de dénutrition devraient être plus étroitement surveillés par les professionnels de santé et les services sociaux des municipalités (état bucco-dentaire, comportements alimentaires, isolement, ressources financières, etc.).

7 - Le CNA considère que le dépistage de la dénutrition doit être amélioré avec la contribution des professionnels de santé dans le cadre de consultations de prévention (bilan nutritionnel annuel, suivi régulier du poids corporel et calcul de l'Indice de masse corporelle (IMC), de l'état d'hydratation, etc.).

8 - Si, comme l'indiquent les experts, les éléments nutritifs peuvent être apportés par une alimentation classique, y compris lorsqu'un processus de dénutrition vient de s'engager, le CNA estime que les compléments nutritionnels, qui favorisent le retour plus rapide à un statut nutritionnel satisfaisant, devraient être pris en charge par l'assurance maladie aux conditions définies par l'Afssaps.

9 - Compte tenu des difficultés d'accès à la ressource alimentaire parfois rencontrées, notamment en zone rurale, le CNA recommande aux collectivités territoriales de veiller à un maillage suffisant du territoire en ce qui concerne les commerces alimentaires. Ainsi, sur le même principe que l'aide à l'installation des jeunes commerçants, des soutiens devraient être consentis aux commerces ambulants pour le maintien de tournées.

10 - Même si les personnes âgées n'en sont pas les seuls bénéficiaires, le CNA considère que les mentions d'étiquetage devraient être plus lisibles, le portionnement individuel généralisé dans toutes

les gammes de produits sans augmentation du prix au litre ou au kg, les systèmes de fermeture ou d'opercule plus faciles à manipuler. Le CNA invite par ailleurs la distribution à revoir ses seuils minimaux d'achat ouvrant droit à livraison. Des discussions devraient être engagées avec les collectivités locales pour voir dans quelle mesure ces coûts de livraison pourraient, en tout ou partie, être pris en charge par l'aide sociale.

Sur l'alimentation à domicile de la personne âgée dépendante

11 - Compte tenu de l'évolution de la pyramide des âges, le CNA recommande aux Conseils généraux de développer l'aide à domicile et, pour améliorer sa professionnalisation, de contrôler la qualité du service rendu par les prestataires et mandataires, ainsi que dans le cadre des aides de gré à gré.

12 - Considérant que les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent nécessiter une aide non seulement pour s'alimenter mais également pour faire les courses, confectionner le repas, ou déconditionner les produits, le CNA estime que l'évaluation du niveau de dépendance pour l'attribution de l'Allocation personnalisée à l'autonomie devrait prendre en compte d'autres critères que la seule aptitude à s'alimenter.

13 - Le CNA estime indispensable de mieux valoriser le métier d'auxiliaire de vie sociale et de le conforter dans le domaine de la réalisation des courses, de la préparation des repas, de la présence lors de la prise alimentaire. Il recommande l'acquisition de formations qualifiantes débouchant sur le Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, et le développement de la formation continue.

14 - Alors même qu'il se développe fortement, le CNA estime nécessaire de mieux encadrer le portage des repas à domicile. La prestation de service devrait être élargie et le porteur devrait par exemple pouvoir suivre les conditions d'utilisation et de conservation des produits, et s'assurer de la consommation de la livraison précédente. Les contrats de prestation devraient être revus en ce sens et rédigés de telle manière que la personne bénéficiaire puisse donner son accord préalable.

15 - Le CNA estime que l'agrément des organismes de prestation à domicile devrait être subordonné à la présentation d'un plan de qualification du personnel concernant au moins 15% des effectifs chaque année et à la présence d'un référent formé en nutrition des personnes âgées, à même d'assurer un suivi diététique, de repérer précocement les signes de dénutrition, de favoriser la prise en charge des sujets dénutris.

Sur l'alimentation de la personne âgée en institution

16 - En établissement d'hébergement de personnes âgées, le CNA recommande que le choix des menus et du mode de préparation des repas, qu'il s'agisse de la liaison " froide ", de la liaison " chaude ", ou de la préparation sur place, retienne le goût, la variété et le plaisir alimentaire comme critères prioritaires, sans négliger le respect de la sécurité sanitaire.

17 - Que la restauration en institution soit en gestion directe ou concédée à un prestataire extérieur, le CNA estime indispensable qu'un cahier des charges aussi précis et complet que possible soit établi et qu'une personne soit désignée pour vérifier son respect. Concernant son contenu, le CNA préconise que les professionnels se reportent aux éléments détaillés dans le rapport préliminaire attaché au présent avis.

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

19 - Compte tenu de la place importante du plaisir alimentaire dans la prévention des risques de dénutrition du sujet âgé, le CNA estime qu'en institution, le budget consacré à l'achat de denrées ali-

mentaires ne devrait pas être inférieur à 3,5 euros / résident / jour (aux prix de 2005).

20 - Au cours des dernières années, le prix des repas payé par chaque résident a nettement augmenté. Des solutions doivent être rapidement trouvées pour que les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes restent accessibles au plus grand nombre. L'une d'elle encouragée par le CNA pourrait consister à ce que l'amortissement des investissements immobiliers puisse se faire sur une durée plus longue.

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

22 - Le CNA recommande que les conventions tripartites (Conseil général, DDASS, établissement) intègrent systématiquement un plan de dépistage de la dénutrition dont l'exécution serait placée sous la responsabilité du médecin coordonnateur. A minima, ce plan devrait inclure le suivi régulier de la courbe de poids, ce qui suppose qu'un matériel de pesée adéquat soit disponible dans tous les établissements.

23 - Le CNA considère qu'il faut remédier à certains problèmes de compétence en partie liés à des mouvements rapides de personnels dans les établissements d'hébergement de personnes âgées ou à l'hôpital. Il suggère qu'une politique ambitieuse de formation soit lancée conduisant à ce que 20% au moins du personnel des EHPAD et des services gériatrie des hôpitaux reçoive chaque année une formation sur l'alimentation et les risques nutritionnels du sujet âgé.

24 - Le CNA alerte les autorités compétentes au sujet du ratio moyen personnel/résident au sein des EHPAD qui est en France très inférieur à celui observé dans la plupart des Etats membres de l'Union européenne. A dire d'experts, un ratio moyen de 0,8 agent (tous personnels confondus) par résident devrait constituer l'objectif à atteindre pour que les recommandations du présent avis relatives à l'alimentation des personnes âgées en institution puissent être effectives.

25 - En ce qui concerne l'alimentation à l'hôpital, le CNA considère qu'un menu spécifique pour les personnes âgées basé sur les Apports nutritionnels conseillés devrait être systématiquement proposé.

26 - Le retour au domicile des personnes âgées après un temps d'hospitalisation nécessite un temps d'adaptation, notamment qu'elles puissent convenablement s'alimenter. Le CNA estime que ce retour devrait être accompagné par l'attribution d'une aide transitoire.

Sur le développement des connaissances

27 - Le CNA considère que la recherche clinique et fondamentale dans le domaine de la nutrition de la personne âgée devrait être davantage encouragée. Les études demeurent lacunaires en ce qui concernent les besoins nutritionnels des personnes âgées de plus de 80 ans fragiles ou en perte d'autonomie. Le développement des connaissances permettrait d'ajuster les ANC, et par conséquent la composition des repas servis.

28 - Les enquêtes sur les conditions de vie matérielle et l'alimentation des personnes âgées ne sont pas suffisantes pour disposer d'une information précise sur les effectifs et la répartition géographique des personnes âgées isolées. Pour améliorer cette situation, le CNA recommande de croiser les fichiers départementaux des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et les registres communaux.

29 - Le CNA préconise la réalisation d'un inventaire géographique du sous-équipement commercial

pour qu'il soit ensuite possible de prendre en considération les difficultés structurelles d'accès à la ressource alimentaire.

30 - Le CNA suggère que les informations tirées d'une mise en œuvre des recommandations 27, 28 et 29 soient mises en ligne sur le site Internet du ministère en charge des personnes âgées. En outre, devraient également y figurer les différentes structures d'aide aux personnes âgées pour contribuer à ce qu'elles soient plus facilement repérables par les bénéficiaires potentiels. Enfin, le CNA recommande qu'un ensemble d'actions d'information ciblées soient entreprises en direction des personnes âgées, de leur entourage et des professionnels.

4. *Annexes*

4.1. *Liste des sigles*

ADDFMS	:	Aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales
AFSSA	:	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSAPS	:	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AGGIR	:	Autonomie gérontologique groupe Iso-ressources
AJR	:	Apports journaliers recommandés
ANC	:	Apports nutritionnels conseillés
ANGELIQUE	:	Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements
APA	:	Allocation personnalisée à l'autonomie
ARDH	:	Aide au retour au domicile après une hospitalisation
BMR	:	Basal Metabolic Rate
CLIC	:	Comités locaux d'information et de coordination
CNAV	:	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM	:	Caisse primaire d'assurance maladie
DDASS	:	Direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DDSV	:	Direction départementale des services vétérinaires
DEAVS	:	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
DGCCRF	:	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DREES	:	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPA	:	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	:	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GPEM/DA	:	Groupe permanent d'étude des marchés/denrées alimentaires
HACCP	:	Hazard Analysis Critical Control Point
IMC	:	Indice de masse corporelle
INPES	:	Institut nationale de prévention et d'éducation sanitaire

INSERM	:	Institut nationale de la santé et de la recherche médicale
MNA	:	Mini nutritional assessment
MPE	:	Malnutrition protéino-énergétique
PNNS	:	Programme nationale nutrition santé
SFGG	:	Société française de gériatrie et de gérontologie
SSIAD	:	Service de soins infirmiers à domicile
USLD	:	Unités de soins longue durée

4.2. *Composition du groupe de travail*

Président : Pierre DUPONT (Familles de France)

Rapporteur : Pierre COMBRIS (INRA)

Secrétaires : Daniel NAIRAUD (CNA), Sidonie SUBERVILLE (CNA)

Collège consommateur : Eric BONNEFF (UFC-Que Choisir), Jean-Marie CHOULEUR (ADEIC)

Collège transformateur : Sandrine BIZE (CGAD), Laurence BONNEVEAU (NESTLE), Claire COPLO (Nutricia), Paul COUESNON (Coop de France), François FISCH (Nutrition et santé), Brigitte LELIEVRE (SFAED/ALLIANCE 7)

Collège restauration : Géraldine GEFFROY (SNRC), Jean-René BERTEREAU (SNERRS)

Représentants des administrations : André CARRE (CGGREF), Michel CHAULIAC (DGS), Benoît LAVALLART (DGS), Anne-Marie TAHRAT (DGAS)

Personnalités invitées : Marie-Thérèse ANDREUX (CNRPA), Bénédicte BERNARD (CIDIL), Bernard CHARDON (AMF), Martine CONIN (Conseil Général du Val de Marne), Corinne DELA-MAIRE (INPES), Patrick DENOUX (Université Toulouse Le Mirail), Monique FERRY (CHU Valence), Séverine GOJARD (INRA), Virginie GRANDJEAN (CIV), Jean-Michel HOTE (Fondation nationale de gérontologie), Marie-Line HUC (CERIN), Bruno LESOURD (CHU Clermont-Ferrand), Paul MALOISEL (CNRPA), Danièle MISCHLICH (DRASSIF), Paloma MORENO (UNASSAD), Fanny PRONO (ADEHPA), Agathe RAYNAUD-SIMON (Hôpital Charles FOIX), Alain ROZENKIER (CNAV), Nadine SOUBIES (ADLF), Brigitte TROEL (Géco-chf)

Le CNA est une instance consultative indépendante

Le Conseil national de l'alimentation (CNA) est consulté par les ministres en charge de l'Agriculture, de la Santé et de la Consommation, sur la définition de la " politique alimentaire " française. Il peut, en particulier, être interrogé sur " l'adaptation de la consommation aux besoins nutritionnels, la sécurité alimentaire des consommateurs, la qualité des denrées alimentaires, l'information des consommateurs ". Il peut s'autosaisir:

Le CNA représente toute la " chaîne alimentaire " .

Le CNA est composé de 47 membres représentant toutes les composantes de la " chaîne alimentaire " et de la société civile : associations de consommateurs et d'usagers (9 membres), producteurs agricoles (9 membres), transformation et artisanat (9 membres), distribution (3 membres), restauration (6 membres), syndicats des salariés de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la distribution (5 membres), personnalités scientifiques qualifiées (6 membres), représentants des ministères techniques concernés et de l'Afssa qui participent aux débats avec voix consultative.

Le CNA émet des avis et recommandations

Dès qu'il est saisi d'une question par les Pouvoirs publics ou par son président, le CNA, qui tient des réunions plénières environ tous les deux mois, constitue un groupe de travail présidé par l'un de ses membres. Le rapporteur est un membre du CNA ou une personnalité extérieure. Le groupe, qui doit être composé de personnes aux " sensibilités différentes ", se réunit alors régulièrement pour préparer un rapport et un projet d'avis. Ce texte, si possible " longuement réfléchi " et " consensuel", est ensuite soumis à la formation plénière du CNA.
